

Kansallinen  
imetyksen  
edistämisen  
asiantuntijaryhmä

# Imetyksen edistäminen Suomessa Toimintaohjelma 2009–2012

RAPORTTI



© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

*Tiivistelmien käännökset:* Marina Andersson ja Kenneth Gustafsson

*Taitto:* Christine Strid

ISBN 978-952-245-143-9 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-144-6 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Yliopistopaino

Helsinki 2009

# Esipuhe

Imetyksen terveysvaikutuksista on saatu viime vuosina runsaasti uutta tutkimustietoa. Imetys hyödyttää sekä lapsen että äidin terveyttä, ja sillä on todettu olevan suotuisia, jopa aikuisikään ulottuvia vaikutuksia myös kehittyneissä maissa. Imetyksen edistäminen on näin ollen tärkeä osa väestön terveyden edistämistä. Suomi on valtiona sitoutunut tukemaan imetystä. Sekä WHO että EU ovat valmistelleet imetyksen edistämisen ohjelmia, jotka ovat suuntaviivoja imetyksen edistämistyölle myös Suomessa.

Vaikka imetykseen suhtaudutaan Suomessa myönteisesti, imetetään meillä Pohjoismaista vähiten. Imetyksen edistäminen on ollut osin koordinoimatonta ja jäänyt yksittäisten toimijoiden aktiivisuuden varaan. Imetysohjauksen laatu ja määrä vaihtelee alueittain ja toimipisteittäin. Imetyksen sosioekonomiset erot ovat selvästi nähtävissä.

Tähän tarpeeseen Kansanterveyslaitos (1.1.2009 alkaen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) asetti asiantuntijaryhmän imetyksen edistämiseksi ja tukemiseksi. Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma on syntynyt asiantuntijaryhmän työskentelyn tuloksena. Työskentelyn aikana työryhmä on kuullut useita asiantuntijoita. Lisäksi se sai yhteensä 69 lausuntoa ohjelman luonnoksesta eri asiantuntijatahoilta valtionhallinnosta, järjestöistä, oppilaitoksista, terveyskeskuksista, synnytyssairaaloista sekä yksittäisiltä asiantuntijoilta.

Toimintaohjelma linjaa lähivuosien imetyksen edistämistyötä Suomessa. Siinä on koottu toimenpiteitä, joilla voidaan varmistaa imetyksen edistämistyön suunnitelmallinen toteutuminen, seuranta ja arviointi. Siinä on lisäksi esitetty toimenpiteitä tukemaan käytännön imetysohjausta äitiys- ja lastenneuvoloissa ja synnytyssairaaloissa. Tavoitteena ei ole saattaa kaikkia äitejä imettämään saman kaavan mukaisesti, vaan varmistaa, että imetys kautta linjan toteutuu ja että apua imetyksen ongelmatilanteisiin olisi saatavilla riittävästi. Toivon, että kansallinen toimintaohjelma tulee maassamme edistämään imetystä ja sitä kautta kasvavien lasten terveyttä ja hyvinvointia.

Pekka Puska  
pääjohtaja

## Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä

### *Puheenjohtaja*

Anneli Pouta, ylilääkäri, osastojohtaja, THL

### *Varapuheenjohtaja*

Anna-Liisa Järvenpää, ylilääkäri, eläkkeellä 1.6.2008 lähtien, HYKS / Naisten- ja lastentautien tulossyksikkö

### *Jäsenet*

Leena Hannula, tutkija, lehtori, Metropolia ammattikorkeakoulu

Merja Kumpula, ylihoitaja, Suomen Kätilöliitto ry

Juhani Laakso, apulaisylilääkäri, Seinäjoen terveyskeskus

Karla Loppi, puheenjohtaja, Imetyksen tuki ry

Kirsi Otronen, terveydenhoitaja, imetysohjaajakouluttaja, Terveystieteiden tutkimuskeskus

Marjaana Pelkonen, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Suvi Virtanen, tutkimusprofessori, THL

### *Pysyvä asiantuntijajäsen*

Sirpa Sarlio-Lähteenkorva, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö

### *Sihteeri*

Meri Rova, tutkija, THL

## Toimintaohjelman valmisteluun osallistuneet ryhmän ulkopuoliset asiantuntijat

Tuovi Hakulinen-Viitanen, tutkimuspäällikkö, THL / Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus

Arja Hastrup, erikoissuunnittelija, THL / Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus

Heta Kolanen, kätilö, IBCLC, HYKS / Naisten- ja lastentautien tulossyksikkö

Katja Koskinen, kätilö, IBCLC, HYKS / Naisten- ja lastentautien tulossyksikkö

Ritva Kuusisto, terveydenhoitaja, IBCLC, Rahtiuden Ystävät ry

Pirjo Piirainen, kätilö, IBCLC, Pohjois-Karjalan keskussairaala

## Työskentelyn aikana on lisäksi kuultu seuraavia asiantuntijoita

Maila Deufel, kätilö, terveydenhoitaja, imetysohjaajakouluttaja, Mikkelin keskussairaala

Leo Dunkel, ylilääkäri, professori, Kuopion yliopisto

Helinä Keskinen, asiantuntijahammaslääkäri, Suomen Hammaslääkäriliitto

Elisabeth Kylberg, apulaisprofessori, Uppsalan yliopisto, Ruotsi

Marja-Leena Lähdeaho, erikoislääkäri, Tampereen yliopistollinen sairaala

Mika Mäkelä, vastaava ylilääkäri, HYKS, Iho- ja allergiasairaala

Märta Salokoski, tutkija, Helsingin yliopisto

Ulla Sankilampi, apulaisylilääkäri, Kuopion yliopistollinen sairaala ja

Suomen Perinatologinen seura, Suomen Neonatologit -jaosto

Helena Törölä, puheterapeutti, Oulun yliopistollinen sairaala

Asiantuntijaryhmän toimikausi 1.1.2007–31.5.2009

# Tiivistelmä

Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009–2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL, Raportti 32/2009. 137 sivua. Helsinki 2009. ISBN 978-952-245-143-9, ISBN 978-952-245-144-6 (pdf)

Kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman tarkoituksena on linjata lähivuosisien imetyksen edistämistyötä. Tavoitteena on tukea ja edistää imetystä siten, että äidit voivat imettää vauvojaan toivomustensa mukaisesti ja että apua imetyksen ongelmatilanteisiin olisi saatavilla riittävästi. Erityisenä tavoitteena on kaventaa imetyksessä esiintyviä sosioekonomisia eroja. Nyt julkaistu toimintaohjelma on ensimmäinen laaja-alainen imetyksen edistämisen ohjelma Suomessa. Sen on laatinut Kansanterveyslaitoksen (1.1.2009 lähtien Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) asettama asiantuntijaryhmä.

Toimintaohjelma on tarkoitettu lasta odottavien ja vauvaperheiden parissa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille, terveydenhuollon johtamistehävissä toimiville ja terveyden edistämistyöstä vastaaville työntekijöille sekä terveysalan kouluttajille, opiskelijoille ja tutkijoille. Kohderyhmiä ovat lisäksi pienten lasten ja vanhempien hyvinvointia edistävät järjestöt ja ammattijärjestöt. Vastuu ohjelman tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta on päättäjillä ja johtavassa asemassa olevilla viranhaltijoilla.

Ohjelman taustaksi esitetään imetyksen terveysvaikutukset ja imetykseen vaikuttavat tekijät viimeisimpään tutkimustietoon perustuen. Lisäksi luodaan katsaus kansainväliseen Vauvamyönteisyysohjelmaan ja sen osatekijöihin sekä esitellään tuoreita tietoja Vauvamyönteisyysohjelman toteutumisesta synnytysyksiköissä. Ohjelmassa esitetään lukuisia toimenpiteitä, joilla voidaan edistää yhtenäisiä ja näyttöön perustuvia imetysohjauksikäytäntöjä ja vahvistaa ammattihenkilöiden osaamista. Lisäksi esitetään toimenpiteitä imetystä tukevien palvelurakenteiden ja toimivan hoitoketjun luomiseksi. Imetyksen edistämisen toimenpiteet on esitetty luvuittain ja niistä keskeisimpiä ovat:

*Imetysohjaus äitiysneuvoloissa* perustuu yhtenäisiin, näyttöön perustuviin ohjeisiin. Ohjausta toteutetaan äitiysneuvoloissa yksilö- ja ryhmäohjauksena, mahdollisella tutustumiskäynnillä synnytyssairaalaa sekä mahdollisen kotikäynnin yhteydessä. Ohjauksessa huomioidaan molemmat vanhemmat. Raskausaikana tunnistetaan erityistä tukea tarvitsevat perheet ja heille tarjotaan tehostettua imetysohjausta.

*Imetysohjaus synnytyssairaloissa* perustuu Maailman terveysjärjestö WHO:n Vauvamyönteisyysohjelman kymmeneen askeleeseen, joiden pohjalta synnytyssairaalat laativat yhtenäiset, näyttöön perustuvat ohjeet perheille annettavasta imetysohjauksesta. Lisämaidon antamisen käytännöt tarkistetaan ja yhtenäistetään. Lisä-

maidon antamisen perusteet kerrotaan vanhemmille ja kirjataan neuvolakorttiin. Kotiutumisvaiheessa tehdään imetyksen seurantasuunnitelma ja varmistetaan erityinen tuki sitä tarvitseville. Synnytyssairaaloiden ja neuvoloiden välistä yhteistyötä lisätään.

*Imetysohjaus lastenneuvoloissa* toteutetaan Neuvolan seitsemän askelta: imetyksen edistäminen avoterveydenhuollossa -ohjelman periaatteiden mukaisesti. Vastasyntyneen perheeseen otetaan kontakti kolmen päivän kuluessa kotiutumisesta, ja silloin sovitaan myös mahdollisesta kotikäynnistä. Lastenneuvolat auttavat perheitä tavallisimmissa imetyspulmissa ja ohjaavat perheen tarvittaessa imetyksen ammattimaista tukea tarjoavan tahon puoleen. Neuvolat tunnistavat erityistä tukea tarvitsevat perheet ja järjestävät heille tehostettua ohjausta.

*Sairaanhoitopiirit* luovat alueelliset hoitopolut imetyksen ongelmatilanteita varten. Vauvaperheitä kohtaavilla ammattilaisilla tulee olla mahdollisuus konsultoida tarvittaessa imetyksen asiantuntijaa. Imettävän äidin tai imeväisen sairastaessa lähtökohtana on imetyksen jatkuminen. Keskosia ja sairaita imeväisiä hoitavissa yksiköissä laaditaan imetyksen edistämisen suunnitelma, jossa huomioidaan henkilökunnan imetysohjauskoulutus. Jos täysimetys ei ole mahdollista, tuetaan osittaisimetystä. Imettämättömyydestä keskustellaan neuvoloissa ja synnytyssairaloissa äitejä syylistämättä, voimaannuttavassa hengessä ja emotionaalisesti tukien.

*Puolison ja muiden läheisten* mahdollisuudet tukea imetystä huomioidaan imetysohjauksessa raskausajalta lähtien. Neuvolat vahvistavat yhteistyötä imetystukea tarjoavien tahojen kanssa ja kunnat tukevat paikallisten *imetystukiryhmien* muodostumista ja toimintaa. Työssä käyvää äitiä tuetaan jatkamaan imetystä äidin toivomusten mukaan.

Neuvolat jakavat asiakkailleen vain suositusten mukaista *imetystä tukevaa kirjallista aineistoa*. Neuvolat ja niiden johto tarkistavat imetykseen liittyvän kirjallisen aineiston suositustenmukaisuuden kesään 2010 mennessä. THL:n Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus käynnistää imetysaineistoa koskevan selvityksen 2010. THL edistää kansainvälisen äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodin tunnettua sekä tarjoaa imetystä tukevaa laadukasta ohjausaineistoa koordinoitusti internetin välityksellä. THL huolehtii ajankohtaisen imetysohjausta tukevan kirjallisen aineiston laatisemisesta.

*Ammattihenkilöstön riittävä koulutus ja ammattitaidon kehittäminen* ovat keskeisiä imetyksen edistämässä. Kaikilla äitiyshuollossa ja lastenneuvoloissa toimivilla hoitotyön ammattilaisilla, jotka ohjaavat työssään imettäviä äitejä, tulee olla vähintään imetysohjaajan pätevyys. Imetysohjaajakoulutus sisällytetään terveydenhoitajien ja kättilöiden koulutusohjelmiin pakollisina opintoina ja sitä tarjotaan lisäksi täydennyskoulutuksena. Imetystietoutta lisätään lääkäreiden, psykologien, lasten sairaanhoitajien, puheterapeuttien sekä hammaslääkäreiden ja suuhygienistien peruskoulutuksessa. Imetysohjaajien ja imetysohjaajakouluttajien koulutuksen kehittäminen ja organisointi sekä IBCLC-tutkinnon (International Board Certified Lactation Consultant, imetyksen erityisasiantuntija) suorittamiseen val-

mentavan koulutuksen organisointi vastuutetaan. Terveydenhuollon toimintayksiköt huolehtivat henkilökuntansa säännöllisestä imetykseen liittyvästä täydennys- ja lisäkoulutuksesta.

*Kansallisen, alueellisen ja paikallisen ohjauksen, yhteistyön ja työnjaon kehittämiseksi on määritelty vastuut imetyksen tukemisen seurannasta, kehittämisestä ja toteuttamisesta valtakunnallisesti, alueellisesti ja paikallisesti. THL ottaa vastuun imetyksen kansallisesta edistämisestä, seurannasta ja arvioinnista. Imetyksen kansallinen koordinaattori ja seurantaryhmä nimetään vuoden 2010 aikana. Sairaanhoidopiirit edistävät imetystä osana niille kuuluvaa terveydenedistämistehtävää. Ne nimeävät imetyksestä vastaavat alueelliset koordinaattorit vuoden 2010 aikana ja ottavat käyttöön Vauvamyönteisyysohjelman viimeistään vuoden 2011 aikana. Terveyskeskukset nimeävät imetyksen edistämistyöstä vastaavan koordinaattorin vuoden 2010 aikana ja ottavat käyttöön avoterveydenhuollon Vauvamyönteisyysohjelman viimeistään vuoden 2011 aikana. Vauvamyönteisyysohjelman arviointikäytännöt yhtenäistetään ja arvioinnit järjestetään keskitetyksi.*

*Imetyksen edistämisen seuranta ja arviointi toteutetaan suunnitelmallisesti. Vuodesta 2012 lähtien THL huolehtii imetystilanteen kansallisesta seurannasta ja tekee seurantaselvityksen viiden vuoden välein imetysohjaajien ja imetysohjaajakouluttajien määrästä, pätevyydestä ja alueellisesta jakautumisesta, vauvamyönteisten sairaaloiden ja terveyskeskusten määrästä ja sertifiointista sekä imetyspoliklinikoiden määrästä. THL julkaisee imetystä koskevia tilastoja. Synnytyssairaalat ja terveyskeskukset käynnistävät imetystilanteen ja imetyksen tukemiskäytäntöjen seurannan ja raportoinnin. Syntymärekisteriin kerättäviin tietoihin pyritään sisällyttämään tieto ensi-imetyksestä. Evira toteuttaa äidinmaidonkorvikkeiden markkinoinnin valvontaprojekteja osana omaa valvontasuunnitelmaansa. Lisäksi edistetään *imetykseen liittyvää tutkimusta* ja tutkijoiden verkostoitumista.*

Avainsanat: imetus, äidinmaito, äidinmaidonkorvikkeet, markkinointi, ravitsemus, vastasyntyneet, neuvolat, Vauvamyönteisyysohjelma, terveyden edistäminen

## Sammandrag

Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009–2012 [Främjande av amning i Finland. Handlingsprogram 2009–2012]. Institutet för hälsa och välfärd THL, Rapport 32/2009. 137 sidor. Helsingfors 2009. ISBN 978-952-245-143-9, ISBN 978-952-245-144-6 (pdf)

Syftet med det nationella handlingsprogrammet för att främja amning är att dra upp riktlinjerna för de närmaste årens främjande av amning. Målet är att stödja och främja amning, så att mammor kan amma sina bebisar enligt egna önskemål och så att det finns tillräckligt med hjälp att få vid amningsproblem. Ett särskilt mål är att minska de socioekonomiska skillnader som förekommer när det gäller amning. Det handlingsprogram som nu har lanserats är det första övergripande finländska programmet för att främja amning. Det har utarbetats av en expertgrupp, som tillsattes av Folkhälsoinstitutet (fr.o.m. den 1 januari 2009 Institutet för hälsa och välfärd – THL).

Handlingsprogrammet riktar sig till de hälso- och sjukvårdsanställda som i sitt arbete möter gravida och spädbarnsfamiljer, till hälso- och sjukvårdsanställda med chefsuppgifter, till anställda som ansvarar för hälsofrämjande samt till utbildare, studerande och forskare inom hälsosektorn. Organisationer som främjar småbarns och föräldrars välfärd samt fackliga organisationer hör också till målgrupperna. Beslutsfattarna och tjänsteinnehavarna i ledande ställning ansvarar för att programmålen nås och att åtgärderna vidtas.

Programmet bygger på den nyaste evidensbaserade kunskapen om amningens hälsoeffekter och de faktorer som påverkar amningen. Dessutom ges en översikt över det internationella programmet för amningsvänliga sjukhus (Baby Friendly Hospital Initiative). Färska data om genomförandet av programmet på förlossningsenheter presenteras också. I programmet presenteras talrika åtgärder, genom vilka man kan främja enhetlig och evidensbaserad praxis för amningshandledning och stärka yrkespersoners kunnande. Dessutom presenteras åtgärder som skapar en fungerande vårdkedja och servicestrukturer som stödjer amning. Åtgärderna som främjar amning presenteras indelade i kapitel och de viktigaste är följande:

*Amningshandledningen på rådgivningsbyråerna för mödravård* bygger på enhetliga, evidensbaserade anvisningar. Rådgivningsbyråerna för mödravård ger handledningen individuellt eller i grupper, genom ett eventuellt besök på förlossningssjukhuset samt i anslutning till ett eventuellt hembesök. I handledningen beaktas båda föräldrarna. Under graviditeten identifieras familjer som behöver särskilt stöd, och de erbjuds intensivare amningshandledning.

*Sjukhusens amningshandledning* bygger på de tio stegen i Världshälsoorganisationens (WHO) program för amningsvänliga sjukhus. Med utgångspunkt i de



tio stegen utarbetar förlossningssjukhusen enhetliga, evidensbaserade anvisningar för amningshandledning som ges familjer. Praxisen för att ge extra mjölk granskas och förenhetligas. Föräldrarna får veta skälen till att extra mjölk ges. Skälen antecknas i hälsokortet för barn under skolåldern ("rådgivningskortet"). Före utskrivningen utarbetas en uppföljningsplan för amningen och särskilt stöd garanteras dem som behöver det. Samarbetet mellan förlossningssjukhus och rådgivningsbyråer utökas.

*Amningshandledningen på rådgivningsbyråerna för barnavård* följer principerna i programmet Rådgivningsbyråns sju steg: främjande av amning inom öppenvården. Man kontaktar den nyföddas familj inom tre dagar efter hemkomsten och då avtalas ett eventuellt hembesök. Rådgivningsbyråerna för barnavård hjälper familjerna med de vanligaste amningsproblemen och ser till att familjen vid behov får professionellt amningsstöd. Rådgivningsbyråerna identifierar familjer som behöver särskilt stöd och anordnar för dem intensivare amningshandledning.

*Sjukvårdsdistrikten* skapar regionala "vårdstigar" för problemsituationer vid amning. De anställda som träffar spädbarnsfamiljer ska vid kunna behov konsultera en expert på amning. När en ammande mamma eller ett dibarn är sjuka är utgångspunkten att amningen fortsätter. På enheter som vårdar prematurer och sjuka dibarn utarbetas en plan som främjar amning, i vilken amningsutbildning för personalen ingår. Om helamning inte är möjligt, stödjas delamning. Icke amning diskuteras på rådgivningsbyråer och förlossningssjukhus på ett stödjande sätt som ger emotionellt stöd utan att skuldbelägga mammorna.

*Makens och övriga närståendes* möjligheter att stödja amningen beaktas i amningshandledningen redan under graviditeten. Rådgivningsbyråerna stärker samarbetet med dem som ger amningsstöd, och kommunerna stödjer bildandet av lokala amningsstöddgrupper och deras verksamhet. Mammor som arbetar uppmuntras att fortsätta amningen i enlighet med mammans önskemål.

Rådgivningsbyråerna delar ut till sina klienter endast rekommendationsenligt *skriftligt material som stödjer amning*. Rådgivningsbyråerna och deras ledning granskar fram till sommaren 2010 att det skriftliga materialet om amning är enligt rekommendationerna. THL:s utvecklings- och forskningscentral för rådgivningsarbete för mödra- och barnavård inleder en utredning om amningsmaterial 2010. THL bidrar till att göra den internationella marknadsföringskoden för modersmjölksersättning mer känd samt erbjuder på ett samordnat sätt via webben högklassigt material för amningshandledning. THL ansvarar för att aktuellt skriftligt material för amningshandledning utarbetas.

*Tillräcklig utbildning för de anställda och utveckling av deras yrkeskunskaper* är centralt i amningsfrämjandet. Alla vårdanställda som handleder ammande mammor inom mödravården och på rådgivningsbyråerna för barnavård ska ha minst amningshandledarkompetens. Amningshandledarutbildningen inbegrips i utbildningsprogrammen för hälsovårdare och barnmorskor som obligatoriska studier och erbjuds också som fortbildning. Amningskunskap införs i den grundläggande

utbildningen för läkare, psykologer, barnsjukskötare, talterapeuter samt tandläkare och munhygienister. Man utser dem som kommer att ansvara för utvecklingen och organisationen av utbildningen för amningshandledare och amningshandedarutbildare samt för organisationen av förberedande utbildning för avläggande av IBCLC-examen (International Board Certified Lactation Consultant, specialist i amning). Hälso- och sjukvårdsenheterna ansvarar för att deras anställda regelbundet får fort- och tilläggsutbildning om amning.

Ansaret för uppföljning, utveckling och genomförande på nationell, regional och lokal nivå har fastställts med tanke på utvecklingen av *handledningen, samarbetet och arbetsfördelningen på nationell, regional och lokal nivå*. THL ansvarar för främjande, uppföljning och utvärdering av amningen på nationell nivå. För amningen utses en nationell koordinator och bildas en uppföljningsgrupp 2010. Sjukvårdsdistrikten främjar amning i anslutning till sina uppdrag att främja hälsan. År 2010 utser de regionala koordinatörer som ansvarar för amningen och inför programmet för amningsvänliga sjukhus senast 2011. År 2010 utser hälsovårdscentralerna en koordinator som ansvarar för amningsfrämjande och inför i öppenvården programmet för amningsvänliga sjukhus senast 2011. Utvärderingspraxisen i programmet för amningsvänliga sjukhus förenhetligas och utvärderingarna anordnas centraliserat.

*Uppföljningen och utvärderingen av främjandet av amning* genomförs planenligt. Från och med 2012 ansvarar THL för den nationella uppföljningen av amningssituationen och genomför vart femte år en uppföljning av antalet amningshandledare och amningshandedarutbildare, deras kompetens och regionala fördelning, antalet babyvänliga sjukhus och hälsovårdscentraler samt antalet amningspolikliniker. THL publicerar amningsstatistik. Förlossningssjukhusen och hälsovårdscentralerna påbörjar uppföljning av och rapportering om amningssituationen och praxisen för amningsstöd. I de uppgifter som samlas in för födelseregistret inbegrips uppgifter om den första amningen. Evira genomför i anslutning till sin egen övervakningsplan projekt som övervakar marknadsföringen av modersmjölkersättning. Dessutom främjas forskning kring amning och att forskarna bildar nätverk.

Nyckelord: amning, modersmjölk, modersmjölkersättningar, marknadsföring, kost, nyfödda, rådgivningsbyråer, programmet för amningsvänliga sjukhus, hälsofrämjande

# Abstract

Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009–2012 [Breastfeeding Promotion in Finland. Action Programme 2009–2012]. National Institute for Health and Welfare THL, Report 32/2009. 137 pages. Helsinki 2009. ISBN 978-952-245-143-9, ISBN 978-952-245-144-6 (pdf)

The national action programme on breastfeeding promotion sets out to define the policies of future breastfeeding promotion. This policy will entail supporting and promoting breastfeeding so that mothers can breastfeed their infants the way they want to and be given sufficient support in dealing with any breastfeeding problems. A particular objective is to reduce the socio-economic inequalities in breastfeeding. The new action programme is the first extensive programme on breastfeeding promotion in Finland, which has been drafted by a group of experts appointed by the National Public Health Institute (KTL) (from 1 Jan 2009, the newly formed National Institute for Health and Welfare – THL).

The action programme on breastfeeding promotion is aimed at a wide audience: health care professionals working with pregnant families and families with children; health care managers; professionals in charge of health promotion; and health instructors, students and researchers. Other target groups include professional and other organisations promoting the welfare of small children and their parents. Decision-makers and leading officials will bear the main responsibility for goal attainment and the implementation of recommended measures.

The action programme builds on the latest scientific findings and focuses on the health effects of breastfeeding and factors influencing breastfeeding. The programme also provides an overview of the World Health Organisation's Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) and its various sections, and presents the most recent results of the BFHI implementation at maternity units. The programme outlines a number of measures to promote uniform and evidence-based breastfeeding counselling practices and strengthen professional skills and expertise. The programme also presents measures to create service structures in support of breastfeeding and to set up a working service chain. The breastfeeding promotion measures are divided into sections. The following is a list of the most important measures:

*Breastfeeding counselling at prenatal clinics* is based on uniform, evidence-based instructions. The counselling provided at prenatal clinics can be given as individual or group counselling, as visits to maternity hospitals, or in connection with home visits. The counselling is designed to take into account both parents. Families in need of special support are identified during pregnancy and provided with intensive counselling.

*Breastfeeding counselling at maternity hospitals* is based on the Ten Steps to Successful Breastfeeding, as outlined in the WHO Baby Friendly Hospital Initiative. The steps help maternity hospitals become 'baby-friendly' and draw up uniform, evidence-based instructions on breastfeeding counselling to families. This involves checking and standardising complementary feeding practices, providing parents with grounds for giving complementary feeding and recording this information on the child health card. At the time of discharge, maternity hospitals would draw up a plan for monitoring breastfeeding and ensure that special support is available to those who need it. The aim is to increase co-operation between maternity hospitals and prenatal and child health clinics.

*Breastfeeding counselling at child health clinics* is implemented according to the principles outlined in the programme "The seven steps of child health clinics: breastfeeding promotion in outpatient care". The family of the newborn child is contacted within three days of discharge to arrange a date for a possible home visit. Child health clinics help families with common breastfeeding problems and if necessary refer the families to professional support. Families in need of special support are identified and provided with intensive counselling.

*Hospital districts* formulate regional care paths that address problem situations in breastfeeding. Professionals who in their daily work encounter families with children must have access to a breastfeeding expert when necessary. Breastfeeding should continue even when breastfeeding mothers or infants are ill. Units that treat premature and ill infants shall draft a breastfeeding promotion plan, taking into account the training in breastfeeding counselling provided to staff. If exclusive breastfeeding is not possible, mothers should be supported in partial breastfeeding. Non-breastfeeding is discussed at prenatal and child health clinics through empowering and emotional support, without putting guilt on the mothers.

*The spouse's and other close family members'* opportunities to support breastfeeding are taken into account at an early stage in breastfeeding counselling, starting from the pregnancy. Prenatal and child health clinics will strengthen collaboration with organisations supporting breastfeeding and municipalities will support the formation and activities of local breastfeeding support groups. Working mothers are encouraged to continue breastfeeding according to their own wishes.

Prenatal and child health clinics will only give clients *written material on breastfeeding* that is in line with current recommendations. The clinics and their management will check adherence to recommendations by summer 2010. In 2010, the Development and Research Centre for Maternity and Child Health Care at THL will start designing a survey on the breastfeeding material. THL increases awareness of the marketing code regulating the marketing of breast milk substitutes and offers high-quality breastfeeding counselling material through the internet. THL also ensures that there is up-to-date written material to support breastfeeding counselling.

A key aspect of breastfeeding promotion is ensuring the *sufficient training of professionals and improving their skills and competence*. All care professionals in prenatal care and child health clinics who give advice to breastfeeding mothers should at least be qualified as breastfeeding counsellors. Breastfeeding counsellor training is included as obligatory studies in the training programmes for public health nurses and midwives and it is also available through further education. Breastfeeding knowledge will also be increased in the basic training given to physicians, psychologists, paediatric nurses, speech therapists, dentists and dental hygienists. Responsibility for developing and arranging the training of breastfeeding counsellors and trainers of breastfeeding counselling as well as preparatory IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) training will be designated to a named organisation. Health care units will provide their staff with regular further training in breastfeeding.

Developing *collaboration, counselling and work distribution* in relation to breastfeeding promotion has required outlining responsibilities for monitoring, development and implementation at the national, regional and local levels. THL will assume responsibility for the promotion, follow-up and evaluation of breastfeeding at the national level. A national breastfeeding co-ordinator and monitoring group will be appointed in 2010. Hospital districts in turn will promote breastfeeding as part of their health promotion activities. They will appoint regional co-ordinators in charge of breastfeeding in 2010 and implement the Baby Friendly Hospital Initiative in 2011 at the latest. Health centres will appoint a co-ordinator in charge of breastfeeding promotion in 2010 and implement the Baby Friendly Hospital Initiative in outpatient care in 2011 at the latest. The evaluation practices of the Baby Friendly Hospital Initiative will be standardised and the evaluations will be organised in a centralised manner.

*The monitoring and evaluation of breastfeeding promotion* will follow systematic procedures. From 2012 onwards THL will bear responsibility for the national monitoring of breastfeeding in Finland. This will include drafting a report every five years on the number, qualifications and regional distribution of breastfeeding counsellors and trainers of breastfeeding counsellors, the number and certificates of baby-friendly hospitals and health centres, and the number of outpatient breastfeeding clinics. THL will also publish statistics on breastfeeding. Maternity hospitals and health centres will start monitoring and reporting on breastfeeding and breastfeeding promotion. Information on first suckling will be included in the data collected in the Medical Birth Register. As part of its national control plan, the Finnish Food Safety Authority Evira will implement projects supervising the marketing of breast milk substitutes. In addition, efforts will be made to promote breastfeeding research and researcher networking.

Keywords: breastfeeding, breast milk, breast milk substitutes, marketing, nutrition, newborn children, prenatal and child health clinics, Baby Friendly Hospital Initiative, health promotion

# Sisällys

Esipuhe

Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä

Tiivistelmä

Sammandrag

Abstract

Lyhenteet ..... 17

Keskeiset käsitteet..... 18

1	JOHDANTO.....	21
1.1	Toimintaohjelman tausta.....	21
1.2	Imetyksen edistämistä koskevat säädökset, ohjelmat ja suositukset.....	22
1.3	Toimintaohjelman tarkoitus, tavoitteet, keskeinen sisältö ja kohde- ryhmät.....	26
2	TAUSTATIEDOT IMETYKSESTÄ.....	28
2.1	Imetyksen terveysvaikutukset.....	28
2.2	Katsaus imetyssuosituksiin .....	34
2.3	Imetyksen toteutuminen Suomessa .....	35
2.4	Imetysasenteet yhteiskunnassa .....	38
2.5	Imetyksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.....	39
3	VAUVAMYÖNTEISYYSOHJELMA .....	48
3.1	Vauvamyönteisyysohjelman tausta, osatekijät ja tilanne Suomessa.....	48
3.2	Vauvamyönteisyysohjelman toteutuminen Suomessa vuonna 2008...	50
3.3	Vauvamyönteisyysohjelman laajentaminen avoterveydenhuoltoon ...	51
4	IMETYKSEN EDISTÄMINEN JA TUKEMINEN .....	53
4.1	Johdanto.....	53
4.2	Imetysohjaus äitiysneuvolassa .....	55
4.3	Imetysohjaus synnytysairaalassa.....	58
4.4	Imetysohjaus lastenneuvolassa .....	61
4.5	Imetys ja suun terveys.....	65
4.6	Tuki ja ohjaus ongelmatilanteissa.....	65
4.7	Kun äiti tai lapsi sairastaa.....	67
4.8	Ennen aikaisena syntyneen lapsen imetys .....	68
4.9	Puolison ja muiden läheisten tuki vauvan hoidossa ja imetyksessä ....	71
4.10	Maahanmuuttajien imetysohjaus .....	73
4.11	Imetystukitoiminta ja vertaisryhmät .....	76
4.12	Muiden ammattiryhmien antama tuki.....	78
4.13	Tuki työpaikalla .....	78
4.14	Imetysohjaukseen tukeva kirjallinen aineisto.....	79

5	OSITTAISIMETYS JA IMETTÄMÄTTÖMYYS .....	87
6	AMMATTIHENKILÖSTÖN KOULUTUS JA AMMATTITAITON KEHITTÄMINEN .....	90
6.1	Imetystietouden kehittäminen lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan peruskoulutuksessa .....	90
6.2	Täydennys- ja lisäkoulutuksen kehittäminen .....	95
6.3	Hoitosuositukset ja sähköinen aineisto ammattilaisten tukena .....	98
7	KANSALLISEN, ALUEELLISEN JA PAIKALLISEN OHJAUksen, YHTEISTYÖN JA TYÖNJAON KEHITTÄMINEN .....	100
7.1	Kansalliset toimijat ja vastuut .....	100
7.2	Alueellinen työnjako ja yhteistyö .....	103
7.3	Paikallinen työnjako ja yhteistyö .....	104
8	IMETYKSEN EDISTÄMISEN SEURANTA JA ARVIOINTI .....	106
9	TUTKIMUSHAASTEET .....	109
	Liitetaulukot .....	112
	Liitetaulukko 1. Suomen synnytyssairaaloissa laaditut imetyksen edistämisen kirjalliset toimintasuunnitelmat. Tilanne keväällä 2008	
	Liitetaulukko 2. Imetysohjaajakoulutuksen saanut henkilökunta Suomen synny- tyssairaaloiden synnytysyksiköissä (N = 34). Tilanne keväällä 2008	
	Liitetaulukko 3. Imetysohjaajakoulutuksen saanut henkilökunta Suomen synny- tyssairaaloiden vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastoilla (N = 26). Tilanne keväällä 2008	
	Liitetaulukko 4. Imetysohjaajakoulutus terveydenhoitajan koulutusohjelmassa	
	Liitetaulukko 5. Imetysohjaajakoulutus kättilön koulutusohjelmassa	
	Liitetaulukko 6. Toimintaohjelmassa esitetyt toimenpiteet	
	Liite 1A. Esimerkki imetysohjauksesta synnytyssairaalassa .....	127
	Liite 1B. Esimerkki lisämaidon antamisen perusteista vastasyntyneille synnyttäneiden osastolla .....	130
	Liite 2. Neuvolan seitsemän askelta: imetyksen edistäminen avoterveydenhuollossa .....	131
	Liite 3. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin imetyspoliklinikan toimintatapa ja asiakkaan hoitopolku .....	134

# Lyhenteet

BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative, kansainvälinen Vauvamyönteisyys-ohjelma
EU	Euroopan unioni
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant, imetyksen erityisasiantuntija. Tutkintonimike myönnetään riittävän imetyskoulutuksen, kliinisen kokemuksen ja hyväksytysti suoritetun kokeen perusteella viideksi vuodeksi kerrallaan. Kokeen järjestää IBLCE vuosittain samana päivänä ympäri maailmaa.
IBLCE	International Board of Lactation Consultant Examiners, kansainvälinen organisaatio, joka myöntää IBCLC-tutkinnon ja vastaa siihen liittyvän kokeen järjestämisestä.
ILCA	International Lactation Consultant Association, kansainvälinen imetyksen erityisasiantuntijoiden yhdistys
ILO	International Labour Organization, kansainvälinen työjärjestö
KTL	Kansanterveyslaitos
OPH	Opetushallitus
OPM	Opetusministeriö
Stakes	Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö
YK	Yhdistyneet kansakunnat



## Keskeiset käsitteet

### *Täysimetus*

Lapselle ei anneta muuta ravintoa kuin äidin rintamaitoa joko imettämällä tai lypsettynä ja lisäksi D-vitamiinia ja mahdollisesti muita ravintoainevalmisteita kuten fluoria ja keskostippoja ja lapsen tarvitsemia lääkkeitä.

WHO:n määritelmän mukaan veden antaminen ei kuulu täysimetykseen. Joissain selvityksissä vähäisten vesimäärien antaminen vauvalle pullosta, lusikalla tai mukista imetyksen ohessa on kuitenkin sisällytetty täysimetyksen määritelmään (mm. Hasunen & Ryynänen 2006).

### *Osittainen imetus*

Lapsi saa rintamaidon ohella kiinteää soseruokaa, äidinmaidonkorviketta, imeväiselle tarkoitettua kliinistä ravintovalmistetta, velliä tai muuta ravintoa. Imetus tai rintaruokinta -sanat sellaisenaan eivät rajaa pois äidinmaidonkorvikkeen tai muun ravinnon antamista.

### *Ihokontakti*

Lapsi on alasti tai vaippa yllään aikuisen paljasta ihoa vasten.

### *Imetyksen suojeleminen*

Tarkoittaa kaikkia niitä toimia, joita varsinkin julkinen valta toteuttaa mahdollistaakseen imetyksen toteutumisen vauvaperheissä. Näitä ovat esimerkiksi äitiysvapaita koskeva lainsäädäntö, äidinmaidonkorvikkeiden markkinointia ja niistä tiedottamista koskeva säätely sekä terveydenhuollon ja muiden vauvaperheiden kanssa toimivien ammattilaisten imetystä koskevan osaamisen varmistaminen.

### *Imetyksen tukeminen*

Tarkoittaa imetysmyönteisiä tekoja ja asenteita sekä yleisesti että yksilötasolla. Tukemista on tiedon välittäminen, henkinen tukeminen, rohkaiseminen ja auttaminen käytännön ongelmissa.

### *Imetysohjaus*

Tarkoittaa terveydenhuollon ammattilaisten antamaa imetystä koskevaa tiedon välittämistä, ohjausta ja tukea. Imetysohjauksessa oleellinen osa on käytännöllinen opastus. Imetysohjausta on myös imetystä koskeviin valintoihin vaikuttaminen motivoimalla perhettä.

### *Imetysohjaaja*

WHO:n ja Unicefin Vauvamyönteisyysohjelman mukaisen imetysohjaajakoulutuksen (20h) suorittanut ammattihenkilö.

### *Imetysohjaajakouluttaja*

WHO:n ja Unicefin Vauvamyönteisyysohjelman mukaisen kouluttajakoulutuksen suorittanut ammattihenkilö, jolla on pätevyys antaa imetysohjaajakoulutusta.

### *Vauvamyönteisyysohjelma*

Kansainvälinen Vauvamyönteisyysohjelma (Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI) on WHO:n ja Unicefin vuonna 1991 julkaisema toimintaohjelma, jolla parannetaan imetyksen toteutumista maailmanlaajuisesti. Ohjelmassa pyritään muuttamaan hoitokäytäntöjä imetystä tukeviksi synnytys sairaaloissa sekä viime vuosina myös avoterveydenhuollossa ja lasten sairaanhoidossa. Ohjelman ydin on ”Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen”, joka on käytännönläheinen ohje imetyksen edistämiseksi ja tukemiseksi synnytysyksiköissä.

## Lähteet

EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2008. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised), European

Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.  
Hasunen, K. & Rynnänen, S. 2006, Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2005:19, Helsinki.

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Toimintaohjelman tausta

Imetyksen edistäminen ja tukeminen on ollut viime vuosina aikaisempaa vahvemmin esillä kansallisissa terveysohjelmissa ja terveyden edistämistä koskevis-  
sa suosituksissa ja säädöksissä. Tähän ovat vaikuttaneet kansainväliset ohjelmat  
ja strategiat, joihin Suomi on valtiona sitoutunut, sekä lisääntynyt tieto imetyk-  
sen terveysvaikutuksista ja kansanterveydellisistä hyödyistä. Näin ollen imetyksen  
edistäminen ymmärretäänkin tärkeäksi osaksi terveyden edistämistä. Imetys tukee  
osaltaan lapsen oikeuksia hyvinvointiin ja yksilölliseen kasvuun.

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee vuonna 2004 uusituissa imetyssuosi-  
tuksissa normaalipainoisina syntyneiden, terveiden vauvojen kuuden kuukauden  
yksinomaista täysimetystä, ja imetyksen jatkamista sen jälkeen muun ravinnon  
ohella yhden vuoden ikään saakka. Osittaista imetystä voidaan jatkaa perheen niin  
halutessa vielä ensimmäisen ikävuoden jälkeenkin. Nämä voimassa olevat suosi-  
tukset noudattavat Maailman terveysjärjestö WHO:n täysimetyssuosituksia (Ha-  
sunen ym. 2004).

Suomessa vauvoja imetetään suosituksia lyhyemmän ajan. Tuoreimpien selvi-  
tysten mukaan äidit imettävät vauvojaan keskimäärin seitsemän kuukautta. Täysi-  
metys puolivuotiaaksi on vielä harvinaista. Alle kuukauden ikäisten täysimetys on  
viime vuosina jopa vähentynyt (Hasunen & Ryyänen 2006). Suurimmalle osalle  
vauvoista annetaan lisämaitoa jo synnytyssairaalassa. Muissa Pohjoismaissa täysi-  
metys on yleisempää kuin Suomessa. Meillä vain 1 % lapsista imetetään yksinomai-  
sesti puolen vuoden ikään saakka (Kyttälä ym. 2008). Ruotsissa vastaava luku on  
15 %. Myös muihin EU-maihin verrattuna Suomessa on hyvin vähän kuuden kuu-  
kauden ikään täysimetettyjä lapsia (Cattaneo ym. 2005). Imetyksen sosioekonomi-  
set erot ovat selvästi nähtävissä: lyhyen koulutuksen saaneet ja pienemmän tulota-  
son omaavat äidit imettävät vauvojaan harvemmin ja lyhyempään kuin korkeasti  
koulutetut äidit (STM 2008a).

Imetyksen edistäminen on yhteinen asia. Vastuu imetyksen edistämisestä osa-  
na terveyden edistämistä on ensisijaisesti julkisella vallalla eli valtiolla ja kunnil-  
la. Niiden on luotava riittävät edellytykset imetykselle ja näytettävä suuntaa muil-  
le työnantajille ja yrityksille. Kuntien ja valtion sosiaali- ja terveysalalla toimivien  
työntekijöiden tulee tukea työssään äitejä ja perheitä. Kolmannella sektorilla ja me-  
dialla on suuri vaikutus esimerkiksi asenneilmapiirin muokkaajana. Tutkimusyh-  
teisö tukee imetyksen edistämistyötä välittämällä näyttöön perustuvaa tietoa ime-  
tyksen eduista ja imetykseen vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimusten mukaan suomalaiset äidit ovat motivoituneita imettämään ja he ovat tietoisia imetyksen terveysvaikutuksista. Osalla äideistä on kuitenkin imetykseen liittyviä ongelmia, jotka voivat johtaa imetyksen loppumiseen suunniteltua aikaisemmin. Tutkimusten perusteella on todennäköistä, että imetystavoitteiden toteutumattomuus johtuu suurelta osin asiantuntevan imetysohjauksen ja tuen puuttumisesta. Imetyksen edistäminen voi olla koordinoimatonta, ja imetysohjauskäytännöt vaihtelevat alueittain suuresti ja jopa saman toimintayksikön sisällä. Neuvoloiden ja synnytys sairaaloiden mahdollisuudet auttaa asiakkaiden imetyspulmissa ja riittävän ohjauksen tarjoaminen riippuvat paljolti paikallisista resursseista, käytännön työntekijöiden tiedoista ja taidoista sekä päättäjien valvetuneisuudesta. Imetyksen edistäminen edellyttää koko perheen tukemista ja ohjaamista aina raskausajalta lähtien. Tällä hetkellä imetystuen saatavuus vaihtelee maassamme.

Ensimmäinen kansalliseen käyttöön tarkoitettu imetyksen edistämisen ohjelma valmistui 1990-luvun alussa. Stakesin asettama työryhmä työsti Unicefin ja WHO:n suosituksiin perustuvan Vauvamyönteisyysohjelman (Stakes 1994). Ohjelma suunnattiin lähinnä synnytys sairaaloille. Tässä vaiheessa imetyksen edistämistyö ei saanut kansallista tukea eikä sille luotu rakenteita, vaan työ jäi muutamien organisaatioiden ja yksilöiden aktiivisuuden varaan. Keskustelu kansallisen ohjauksen vahvistamisen tarpeesta voimistui 2000-luvun alussa.

Vuoden 2006 lopussa Kansanterveyslaitos (KTL) asetti asiantuntijaryhmän, jonka työskentelyn tuloksena Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma on syntynyt. Nyt julkaistu toimintaohjelma on ensimmäinen laaja-alainen imetyksen edistämisen ohjelma Suomessa.

## 1.2 Imetyksen edistämistä koskevat säädökset, ohjelmat ja suositukset

Kansainvälisissä ja kotimaisissa säädöksissä ja terveysstrategioissa sekä kannanotoissa ja suosituksissa korostetaan imetyksen tukemisen tärkeyttä. Keskeisin kansainvälinen säädös on Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) Lapsen oikeuksien sopimus (engl. Convention on the Rights of the Child, CRC) vuodelta 1989. Myös Suomi on hyväksynyt tämän jäsenvaltioita sitovan sopimuksen (SopS 59-60/1991). Sopimuksen 24. artiklan mukaan valtioiden on varmistettava, että koko väestö, erityisesti vanhemmat ja lapset saavat tietoa ja opetusta terveydestä ja ravinnosta, muun muassa imetyksen eduista, ja että heitä tuetaan käyttämään näitä tietoja. Maailman terveysjärjestö WHO ja YK:n lastenapurahasto Unicef ovat julkilausumissaan ja ohjeissaan korostaneet imetyksen merkitystä imeväisikäisten lasten terveydelle ja ravitsemukselle. WHO on julkaissut globaalin strategian imeväisten ja pikkulasten ravitsemuksesta (WHO & UNICEF 2003), Innocenti-julistuksen (WHO 2005) ja WHO:n Euroopan toisen ravitsemustoimintasuunnitelman ajal-

le 2007–2012 (WHO 2008). Unicef on yhdessä WHO:n kanssa valmisteellut oppaan imeväisten ja pikkulasten ravitsemuksen kansalliseksi tukemiseksi (WHO & UNICEF 2007). Vaatimus imetyksen suojelemisesta, tukemisesta ja edistämisestä sisältyy myös Euroopan unionin ravitsemusta koskeviin asiakirjoihin, muun muassa Euroopan Parlamentin kannanottoihin (25.9.2008).

EU:n vuosina 2003–2008 toteutetussa projektissa selvitettiin osallistujamaiden imetystilannetta ja sitä tukevia käytäntöjä, tehtiin katsaus näyttöön perustuvista käytännöistä imetyksen edistämiseksi sekä laadittiin yhteinen toimintasuunnitelma imetyksen edistämiseksi Euroopassa (EU 2003, EU 2004, EU 2008). Suunnitelma sisältää ehdotuksia imetyksen edistämiseksi kaikilla toiminnan tasoilla.

Suomessa imetystä tuetaan säädöksillä, suosituksilla ja ohjeilla. Imetyksen tukeminen on osa terveyden edistämistä, josta säädetään useassa laissa. Suomen perustuslain (73/1999, 19 §) mukaan julkisen vallan on turvattava riittävät terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on tuettava perheen ja muiden lasten hyvinvoinnista vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Kuntalain (365/1995) mukaan kunnan tehtävänä on edistää asukkaidensa hyvinvointia ja kestävä kehitystä. Terveyden edistämistä säädetään nykyisessä kansanterveyslaissa (66/1972). Sen mukaan (14 §) kunnan on huolehdittava muun muassa asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista mukaan lukien raskaana olevien naisten, lasta odottavien perheiden ja alle kouluikäisten lasten perheiden neuvolapalvelut. Vastaavat velvoitteet, joskin laajempina, on kirjattu valmisteilla olevaan terveydenhuoltolakiin. Sen mukaan terveyden edistäminen on myös sairaanhoitopiirien tehtävä. Lisäksi lakiluonnoksessa on selkeät velvoitteet väestön terveyden edistämisestä ja seuraamisesta sekä tarvittavien suunnitelmien laatimisesta.

Uusi neuvolatoimintaa ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa koskeva valtioneuvoston asetus (380/2009) tukee imetyksen edistämistä. Asetuksessa säädetään terveystarkastusten ja terveysneuvonnan sisällöstä ja määrästä muun muassa äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa. Asetuksen mukaan ensimmäisen ikävuoden aikana lapselle tulee tehdä vähintään yhdeksän terveystarkastusta, joista yksi on laaja, nk. koko perheen hyvinvointitarkastus. Jo odotusaikana on järjestettävä molempien vanhempien hyvinvointia selvittävä laaja terveystarkastus. Terveysneuvonnan on raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen tuettava vanhempien ja lapsen välistä varhaista vuorovaikutusta ja äidin voimavaroja imettää. Ensimmäistä lasta odottavan tai ensimmäisen lapsen saaneen perheen luokse tulee järjestää kotikäynti sekä muita kotikäyntejä tarpeen mukaan. Lisäksi ensimmäistä lasta odottavalle perheelle on järjestettävä perhevalmennusta ja muuta vanhempainryhmätoimintaa, mikä mahdollistaa imetyksen sisällyttämisen valmennusohjelmaan.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992, jatkossa potilaslaki) koskee luonnollisesti myös imetyksen edistämistä terveydenhuollon toimintayksiköissä. Laki säättää potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun, itsemääräämiseen ja tiedon saamiseen. Potilaan hoito on

järjestettävä ja potilasta kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan oikeutta päättää henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumisesta. Tiedonsaantioikeus edellyttää selvityksen antamista terveydentilasta, hoidon merkityksestä, laajuudesta, riskitekijöistä, epäonnistumisen mahdollisuuksista sekä hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Termillä ”hoito” tarkoitetaan myös ehkäisevää ja terveyttä edistävää toimintaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on ohjeistanut imetyksen edistämistä kahdessa vuonna 2004 julkaistussa kansallisessa oppaassa. Lapsi, perhe ja ruoka -oppaassa on annettu imeväis- ja leikki-ikäisille lapsille sekä lasta odottaville ja imettäville äideille ravitsemussuositukset, jotka ovat edelleen voimassa (Hasunen ym. 2004).

Normaalipainoisen, terveenä syntyneen vauvan täysimetystä suositellaan kuuden kuukauden ikään asti. Tämän jälkeen imetystä suositellaan jatkettavaksi yksivuotiaaksi ja perheen niin halutessa pidempäänkin. Suosituksessa korostetaan lasten yksilöllisyyttä. Lisäruoat aloitetaan aina yksilöllisen tarpeen mukaisesti tarvittaessa jo ennen kuuden kuukauden ikää. Imetyksen jatkuvuuden kannalta on parempi antaa kiinteää ruokaa kuin äidinmaidonkorviketta tai velliä pullosta. Jos lapsi ei saa lainkaan rintamaitoa tai jos sitä on niukasti, kiinteä lisäruoka aloitetaan 4–6 kuukauden iässä imetyksen ja äidinmaidonkorvikeruokinnan jatkuessa. Kaikki lapset tarvitsevat kiinteää lisäruokaa viimeistään puolen vuoden iästä lähtien.

Lapsi, perhe ja ruoka -oppaassa on lisäksi runsaasti esimerkkejä ja ohjeita imetyksen tukemiseksi. Vastaavat ohjeet ja suositukset löytyvät ministeriön oppaasta lastenneuvolan työntekijöille (STM 2004a). Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa kannustetaan imetyksen ohjaukseen ja tukemiseen raskauden aikana, synnytyksen hoidon yhteydessä ja synnytyksen jälkeen (STM 2007). Terveysrojojen kaventamisen toimintaohjelmassa kiinnitetään huomiota imetyksessä esiintyviin sosioekonomisiin terveyseroihin ja niiden kaventamiseen (STM 2008a).

Terveyden edistämisen tueksi sosiaali- ja terveysministeriö on valmistanut muun muassa Terveyden edistämisen laatusuosituksen (STM 2006) ja muuta tukimateriaalia, kuten Imeväisen lapsen ruoka -oppaan (STM 2004b).

Pääministeri Matti Vanhasen toisen hallituksen hallitusohjelma sisältää erillisen terveyden edistämisen politiikkaohjelman. Sen osana hallitus antoi kesällä 2008 periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista (STM 2008b). Osana valtioneuvoston periaatepäätöksen toimeenpanosuun-

nitelmaa on kansallinen toimintaohjelma imetyksen edistämiseksi sekä ohjelman toteutumisen varmistaminen.

Nykyiset perhevapaat mahdollistavat imettämisen ja sen riittävän pituuden perheen päätöksen mukaisesti. Työsopimuslain (55/2001) mukaan äidillä on oikeus saada työstä vapaaksi sairausvakuutuslain mukaiset äitiys-, erityisäitiys- ja vanhempainrahakaudet. Äitiysvapaata voi pitää, kunnes vauva on noin 3 kuukautta vanha. Äitiysvapaan jälkeen joko äiti tai isä voi jäädä 3–9-kuukautisen lapsen kanssa vanhempainvapaalle. Vapaan voi myös jakaa isän ja äidin kesken. Lisäksi vanhemmilla on oikeus saada työstä palkatonta hoitovapaata, kunnes lapsi täyttää kolme vuotta. Tämänkin vapaan voi ottaa joko isä tai äiti.

Imetystä pyritään edistämään rajoittamalla ja säätelemällä äidinmaidonkorvikkeiden markkinointia. WHO:n yleiskokous hyväksyi jo vuonna 1981 äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälisen markkinointikoodin (WHO 1981). Koodi koskee terveydenhuoltohenkilöstöä sekä kaikkia niitä, jotka valmistavat tai jälleenmyyvät äidinmaidonkorvikkeita ja niitä vastaavia valmisteita sekä korvikkeruokinnassa tarvittavia välineitä tai jotka välittävät niistä tietoa tai neuvovat niiden käyttöä. Imetystä tulee tukea ja perheille antaa asiallista tietoa pienten lasten ruokinnasta. Terveydenhuoltohenkilöstöltä edellytetään eettistä vastuuta. Koodi suosittaa, että äidinmaidonkorvikkeiden mainonta (suurelle) yleisölle tulisi kieltää, ja koodi esittää tiettyjä vaatimuksia ja rajoitteita myyntipäällysmarkkinnoille, myyntipaikoille ja -tavoille. Korvikkeruokintaa voi koodin mukaan esitellä vain terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluva ja vain sitä tarvitseville äideille ja perheenjäsenille (ks. luku 4.14).

Koodin suositamat toimintaperiaatteet äidinmaidonkorvikkeiden (mutta ei ruokintavälineiden) markkinoinnista on huomioitu EU:n äidinmaidonkorvikkeita ja vieroitusvalmisteita koskevassa komission direktiivissä (2006/141/EY), joka on Suomessa pantu täytäntöön kauppaja teollisuusministeriön asetuksella (1216/2007). Asetuksessa muun muassa

- säädetään tuotteiden pakollisista pakkausmerkinnöistä ja kielletään viittaukset siihen, että tuote olisi äidinmaidon kaltainen (11 §)
- kielletään näytteiden sekä erilaisten myyminen edistämislahjojen jakelu sekä tuotteiden myynti kuluttajille alennettuun hintaan (17 §)
- rajoitetaan tuotteiden mainonta ammattihenkilöstölle tarkoitettuihin lastenhoidon erityisjulkaisuihin ja tieteellisiin julkaisuihin, joissa saa esittää vain tieteellistä ja tosiasioihin perustuvaa tietoa (16 §).

Imeväisten ja pikkulasten ruokintaa koskevasta tiedotusaineistosta on olemassa sosiaali- ja terveysministeriön päätös (807/1994), joka edellyttää kaiken kaupallisen aineiston ennakko hyväksyntää (ks. luku 4.14).

Hoitotyön Tutkimussäätiön Hoitotieteellisellä Näytöllä tuloksiin -hankkeessa vuoden 2010 aikana valmistuva kansallinen hoitotyön suositus raskaana olevan,

synnyttävän ja synnyttäneen äidin/perheen imetysohjauksen ja tuen toteuttamisesta tukee osaltaan tämän toimintaohjelman tavoitteiden toteuttamista (ks. luku 6.3).

## 1.3 Toimintaohjelman tarkoitus, tavoitteet, keskeinen sisältö ja kohderyhmät

Tämän toimintaohjelman tarkoituksena on linjata lähivuosien imetyksen edistämistyötä. Keskeisiä linjauksia ovat:

- yhtenäisten, näyttöön perustuvien imetysohjauk käytäntöjen edistäminen lapsia ja perheitä hoitavissa terveydenhuollon toimintayksiköissä
- imetyksen edistämistyössä toimivien ammattihenkilöiden osaamisen vahvistaminen
- tarvittavien paikallisten, alueellisten ja kansallisten rakenteiden luominen imetyksen edistämiseksi.

Toimintaohjelman tavoitteena on:

- parantaa äitien ja perheiden valmiuksia ja mahdollisuuksia imettää lastaan toivomustensa mukaan
- pidentää imetyksen ja täysimetyksen kestoa muiden Pohjoismaiden tasolle
- kaventaa imetyksen sosioekonomisia eroja.

Toimintaohjelman ydin koostuu toimenpiteistä, joilla imetystä voidaan tukea terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa laajemminkin. Toimenpiteet on esitetty lukujen yhteydessä ja lisäksi liitetaulukossa 6. Ohjelmassa korostetaan ammattitaitoisen ja yhtenäisiin linjauksiin perustuvan imetysohjauksen tärkeyttä. Erityisen tärkeää on luoda toimiva hoitoketju, joka mahdollistaa asiantuntevan imetysohjauksen ja hoidon saamisen silloin, kun imetys on vaarassa loppua aikaisemmin kuin äiti toivoo. Ohjelmassa tehdään ehdotuksia ammattihenkilöiden valmiuksien parantamiseksi, imetyksen suunnitelmalliseksi seurannaksi ja imetystä koskevan tutkimuksen edistämiseksi. Imetyksen edistämistyön onnistumisen kannalta on välttämätöntä, että se sisällytetään terveydenhuollon rakenteisiin ja sille nimetään alueelliset ja kansalliset vastuutahot.

Toimintaohjelma on tarkoitettu lasta odottavien ja vauvaperheiden parissa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille, johtamistehtävissä toimiville sekä terveysalan kouluttajille, opiskelijoille ja tutkijoille. Lisäksi toimintaohjelma on tarkoitettu pienten lasten ja vanhempien hyvinvointia edistäville järjestöille sekä ammattijärjestöille, joilla on suuri merkitys imetyksen edistämistyössä. Päättäjillä ja johtavassa asemassa olevilla viranhaltijoilla on vastuu ohjelman tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta.



## Lähteet

- Cattaneo, A., Yngve, A., Koletzko, B. & Guzman L.R. on behalf of the "Promotion of Breastfeeding in Europe project" 2005, Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation, Public Health Nutrition, vol. 8, no. 1, pp. 39–46.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2008. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised), European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2004. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe. Review of interventions, European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe. Current situation, European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment 2003, Luxembourg.
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S. 2004, Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus, Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2004:11, Helsinki.
- Hasunen, K. & Ryyänen, S. 2006, Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2005:19, Helsinki.
- Kansanterveyslaki 66/1972 ja laki kansanterveyslain muuttamisesta 928/2005.
- Kauppa- ja teollisuusministeriön asetus äidinmaidonkorvikkeesta ja vieroitusvalmistesta 1216/2007.
- Komission direktiivi 2006/141/EY äidinmaidonkorvikkeista ja vieroitusvalmisteista ja direktiivin 1999/21/EY muuttamisesta Kuntalaki 365/1995.
- Kyttälä, P., Ovaskainen, M., Kronberg-Kippilä, C., Erkkola, M., Tapanainen, H., Tuokkola, J., Veijola, R., Simell, O., Knip, M. & Virtanen, S.M. 2008, Lapsen ruokavalio ennen kouluikää, Kansanterveyslaitos, julkaisuja B32/2008, Helsinki ja Tampere.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 785/1992.
- SopS 59–60/1991, Yleissopimus lapsen oikeuksista.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011, Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2008:16, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinoista, Sosiaali- ja terveysministeriö, esitteitä 2008:10, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2007:17, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, Terveystiedon edistämisen laatusuositus, Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2006:19, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö, oppaita 2004:14, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, Imeväisen lapsen ruoka, Sosiaali- ja terveysministeriö, oppaita 2004:17, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriön päätös imeväisen ja pikkulapsen ruokintaa koskevasta tiedotusaineistosta 807/1994.
- Stakes 1994, Vauvamyönteisyysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan kehittämiseen, Stakes, Helsinki.
- Suomen perustuslaki 73/1999.
- Työsopimuslaki 55/2001 ja laki työsopimuslain 4 luvun muuttamisesta 533/2006.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009.
- World Health Organization 2008, 2nd WHO European action plan for food and nutrition policy 2007–2012, WHO Regional Office for Europe, Denmark.
- World Health Organization 2005, Innocenti declaration 2005 on infant and young child feeding, Florence, Italy.
- World Health Organization 1981, International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes, Geneva, Switzerland. Saatavilla: [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_english.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf).
- World Health Organization & UNICEF 2007, Planning guide for national implementation of the global strategy for infant and young child feeding, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization & UNICEF 2003, Global strategy for infant and young child feeding, Geneva, Switzerland.

## 2 TAUSTATIIETOA IMETYKSESTÄ

### 2.1 Imetyksen terveysvaikutukset

Äidinmaito on lapsen luonnollinen, turvallinen ja lajispesifinen ravinto. Äidinmaito on helposti sulavaa ja monet sen ravintoaineista (esim. proteiini, rauta ja mineraalit) imeytyvät rintamaidosta täydellisemmin kuin korvikkeista. Yksinomainen imetys takaa yleensä terveeseen täysiaikaisen lapsen normaalin kasvun ja kehityksen kuuden kuukauden ajan, ja imetys on sen jälkeen merkittävä ravitsemuksen osa vähintään vuoden ikään. Imetys on myös ekologinen ja taloudellinen tapa antaa ravintoa vauvalle. Äidin imetyksen takia tarvitseman lisäravinnon kulut ovat minimaaliset verrattuna äidinmaidonkorvikkeiden kustannuksiin. Maailman terveysjärjestö WHO:n imetyssuosituksot perustuvat sekä edellä mainittuihin etuihin että imetyksen terveysvaikutuksiin sekä lapselle että äidille.

### Terveysvaikutukset lapselle

Rintamaidossa on lukuisia infektiosuojaa lisääviä, tulehdusreaktioita hillitseviä ja muita aktiivisia aineosia, jotka voivat tukea merkittävästi vastasyntyneen puolustusmekanismeja. Ne vaikuttavat myös imeväisen suolen kasvuun ja kehitykseen. Näihin ominaisuuksiin saattaa perustua osa imetyksen myöhemmistäkin terveysvaikutuksista (Donovan 2006, Hanson 2007, Newburg & Walker 2007). Imetyksen terveysvaikutuksista ei ole mahdollista tehdä satunnaistettuja tai sokkoutettuja tutkimuksia, vaan tieto perustuu pääasiassa laajoihin, useista tutkimuksista tehtyihin yhteisanalyysihin. Kehittyneissä maissa tehty tuore terveysvaikutusanalyysi on julkaistu vuonna 2007 (Ip ym. 2007).

Imetys suojaa kehittyneissä maissa imeväisiä vaikeilta hengitystietulehduksilta, ripulitaudeilta ja korvatulehduksilta (Ip ym. 2007). Imeväisikäisen riski joutua sairaalahoitoon ensimmäisen ikävuoden aikana vaikean alahengitystieinfektion takia vähenee 72 %, jos lasta on imetetty vähintään neljä kuukautta. Vaikka imeväisistä vain harva joutuu sairaalahoitoon tulehdustautien takia, kustannussäästöt voivat olla melkoiset, jos tätäkin sairaalahoidon tarvetta voidaan vähentää imetyksen ansioista (Cattaneo ym. 2006). Samanlaisia tuloksia on saatu myös laajoista eurooppalaisista ja yhdysvaltalaisista aineistoista, joiden mukaan imetys, varsinkin täysimetys, vähentää imeväisten sairaalahoidon tarvetta hengitystietulehdusten ja ripulitaudin takia (Dennehy ym. 2006, Paricio Talayero ym. 2006, Quigley ym. 2007). Imetys näyttää suojaavan pikkulapsia virtsatietulehduksilta (Pisacane ym. 1992, Marild ym. 2004) ja hyvin pienillä keskosilla vaikealta suolistotulehdukselta

(Ip ym. 2007). Lisäksi rintamaito voi tehostaa joidenkin rokotteiden, kuten hemofilus- ja pneumokokkrokotteiden antamaa immuunivastetta (Silfverdal ym. 2007). Kehitysmaissa imetyksen merkitys on erittäin tärkeä infektioiden ja imeväiskuoleisuuden ehkäisemisessä.

Tuoreiden väestötutkimusten tulokset ovat edelleen ristiriitaisia imetyksen atooppisia sairauksia estävästä vaikutuksesta (Kramer ym. 2007, Snijders ym. 2007, Zutavern ym. 2008). Ip ym. (2007) meta-analyysin mukaan kolmen kuukauden täysimetys vähentää atooppisen ihottuman riskiä 42 %. Toisaalta pitkään jatkuva yksinomainen imetys (yli 4–6 kk) lisää joidenkin tutkimusten mukaan pikkulasten ihottuman ja astman riskiä (Snijders ym. 2008, Zutavern ym. 2008). Vähintään kolme kuukautta imetettyjen lasten riski sairastua astmaan ennen 10 vuoden ikää on pienempi kuin aikaisemmin vierotetuilla. Vielä ei ole selkeää näyttöä siitä, miten imetys vaikuttaa nuoruus- ja aikuisiän astmasairastuvuuteen. Lisäruokien välttäminen tai ruokarajoitusten pito yli 4–6 kuukauden iän ei vaikuta astmaa tai atooppista ihottumaa vähentävästi (Greer ym. 2008, Host ym. 2008). On jopa viitteitä, että atooppisia sairauksia esiintyisi enemmän niillä lapsilla, joille on aloitettu lisäruokat vasta puolen vuoden jälkeen (Zutavern ym. 2008, Snijders ym. 2008). Euroopan ja Yhdysvaltojen lastenallergologit ovat julkaisseet uudet suositukset, joiden mukaan kaikkien vauvojen täysimetystä suositellaan 4–6 kuukauden ajan (Greer ym. 2008, Haahtela ym. 2008, Host ym. 2008).

Pikkulasten keliakiaa voidaan mahdollisesti estää aloittamalla viljatuotteet vähitellen, neljästä seitsemään kuukauden iässä imetyksen vielä kestäessä (Akobeng ym. 2006, Agostoni ym. 2008).

Imetetyillä lapsilla näyttäisi esiintyvän vähemmän useita vakavia lapsuusiän sairauksia, joiden syyt ovat monitekijäisiä ja vaikeasti määritettäviä. Näitä ovat leukemia, myöhempi lihavuus ja tyypin 1 ja 2 diabetes (Ip ym. 2007). Myös kätkytkuolemat ovat lähes puolta harvinaisempia imetetyillä korvikemaitoa saaneisiin verrattuna (Ip ym. 2007, Vennemann ym. 2009).

Täysimetetyn lapsen veren kolesterolitaso on selvästi korkeampi kuin puloruokitun, mutta ero tasoittuu vuoden ikään mennessä. Varhaisella imetyksellä ei näytä olevan yhteyttä aikuisiän veren kolesterolipitoisuuteen (Ip ym. 2007). Kuitenkin viimeisimmän systemaattisen analyysin mukaan imetetyillä henkilöillä yleensä ja noin neljä kuukautta täysimetetyillä erityisesti olisi aikuisena niukasti mutta merkitsevästi matalampi veren kolesterolipitoisuus pulloruokittuihin verrattuna (Owen ym. 2008). Imetykseen liittyy hiukan matalampi lapsuusiän verenpaine kuin pulloruokintaan, mutta ei tiedetä, jatkuuko tämä ero aikuisikään. Myöhempään sydän- ja verisuonitautisairastuvuuteen imetys ei vaikuta (Ip ym. 2007).

Lukuisissa yksittäistutkimuksissa on esitetty, että imetettyjen lasten kognitiiviset taidot ja älykkyys olisivat parempia kuin pulloruokinnassa olleilla. Tarkemmissa analyyseissä on kuitenkin todettu erojen selittyvän muilla tekijöillä, esimerkiksi äidin älykkyydellä (Ip ym. 2007).

## Täysimetyksen kesto

Laajamittaisia, prospektiivisia tutkimuksia, joissa vertailtaisiin kuuden kuukauden tai sitä lyhyemmän täysimetyksen vaikutuksia lapsen kasvuun, terveyteen ja kehitykseen, on vielä niukasti. Nykytiedon mukaan täysimetus riittää turvaamaan terveiden, täysiaikaisina syntyneiden lasten kasvun ja kehityksen pääsääntöisesti kuuden kuukauden ajan (Kramer & Kakuma 2002). Varhain korvikeruokintaan siirtyneet lapset ovat painavampia imeväisiän noin kolmen kuukauden iästä lähtien ja pidempiä puolivuotiaiksi, mutta painon suhteessa pituuteen ei ole eroja imetettyihin verrattuna (Kramer ym. 2004). On olemassa tutkimusnäyttöä siitä, että länsimaissakin kuuden kuukauden täysimetus suojaa lasta neljän kuukauden täysimetystä paremmin keuhkokuumeelta ja toistuvilta korvatulehduksilta ensimmäisen ikävuoden aikana (Chantry ym. 2006) sekä ripulitaudilta 1–9 kuukauden iässä (Rebhan ym. 2009). Cochrane-katsauksen mukaan kuuden kuukauden täysimetus ei vähennä astman tai atooppisten sairauksien esiintymistä lyhyemmin imetettyihin verrattuna (Kramer & Kakuma 2002). Saksalaisessa kohortissa allergisia sairauksia oli vähän, mutta atooppista ekseemaa oli eniten yli kuusi kuukautta täysimetetyillä lapsilla (Rebhan ym. 2009).

On tärkeää, että lapsia seurataan ja hoidetaan yksilöllisesti kuten monet lastenlääkäriyhdistykset ja Cochrane-katsauksen tekijät ovat esittäneet. Seuranta käsittelee kasvun arvion ja muut mahdolliset ongelmat (Suomen Lastenlääkäriyhdistys 2001, Gartner ym. 2005, Kramer & Kakuma 2002). Täysimetyksen kesto määräytyy siis lapsesta ja perheestä käsin.

## Imetykseen liittyviä ongelmia lapsen kannalta

Imetyksen vasta-aiheita ovat:

- harvinaiset äidin infektiosairaudet (HIV, hoitamaton keuhkotuberkuloosi tai herpesihottuma äidin rinnassa)
- tietyt äidin saamat lääkkeet, kuten isotretinoini, amiodaroni, doksepiini, dopamiiniantagonistit, ergotamiini, radioaktiiviset lääkkeet ja solunsalpaajat (Malm ym. 2008)
- ei-suositeltavia lääkkeitä imetyksen aikana ovat litium, barbituurihappojohdokset, kultavalmisteet, pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit ja systeemiseen hoitoon käytetty kloramfenikoli (Malm ym. 2008)
- jos äiti jatkaa huumeiden käyttöä synnytyksen jälkeen, imetystä ei suositella (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2006)
- lapsen harvinaiset synnynnäiset aineenvaihduntasairaudet, kuten synnynnäinen laktaasin puutos, galaktosemia tai fenyylketoniuria tapauskohtaisesti.

Imetyksen jatkamista on harkittava tapauskohtaisesti:

- jos äidillä on märkäinen rintatulehdus (Lawrence & Lawrence 2004)
- tuoretta rintamaitoa annetaan harkitusti hyvin ennenaikaisina (varsinkin alle 28 raskausviikkoa) syntyneille lapsille. Tuoreesta tai pakastetusta rintamaidosta saatu sytomegalovirus voi aiheuttaa heille akuutin sairauden riskin (Luck & Sharland 2009) (ks. luku 4.8.)
- jos lapsi oireilee voimakkaasti rintamaidon kautta saamilleen äidin ruoan allergeeneille, voi imetyksen lopettaminen olla paras ratkaisu perheen kokonaistilanne huomioon ottaen. Imetyksen lopettaminen lapsen allergiaoireilun takia on aina äidin päätös.
- lääkkeitä, joiden käyttöön liittyy mahdollinen riski ja imetyksen jatkamista on harkittava, ovat fluorokinoloni, kodeiini, psyykenlääkkeet, tetrasykliinit pitkäkestoisesti käytettynä, siklosporiini, uudet epilepsialääkkeet ja muut uudet lääkeaineet (Malm ym. 2008).

Lääkkeiden, vitamiinien sekä tavallisten nautintoaineiden turvallisuudesta raskauden ja imetyksen aikana on saatavana ajankohtaista tietoa:

- Lääkelaitoksen julkaisemasta, vuonna 2008 uudistetusta oppaasta Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana (Malm ym. 2008)
- maksullisista Gravbase ja Lactbase -tietokannoista ([www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi), Gravbase ja Lactbase – Lääkkeiden käyttö raskauden ja imetyksen aikana)
- puhelimitse koko maan kattavasta Teratologisesta tietopalvelusta, puh. (09) 471 76 500.

## Tupakka ja alkoholi

Suomessa raskauden aikana tupakoi noin 15 % synnyttäjistä. Heistä 28 % lopetti tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana vuonna 2007. Ikäryhmittäiset erot ovat huomattavat: alle 20-vuotiaista synnyttäjistä 46 % tupakoi raskauden aikana ja yli 35-vuotiaista 9 %. Myös äidin koulutus on yhteydessä tupakointiin: korkeasti koulutetuista tupakoi 5 % ja matalasti koulutetuista 25 %. Tupakoinnin lopettaminen raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana oli lähes yhtä yleistä: nuorista synnyttäjistä lopetti 21 % ja yli 35-vuotiaista 25 %. (Stakes 2008.)

Tupakoivien äitien lapsilla on useammin hengitystie- ja korvatulehduksia, hengenahdistusta, koliikki-itkua ja kätkytkuolemia kuin tupakoimattomien äitien lapsilla (DiFranza ym. 2004, Reijneveld ym. 2005). Äidin tupakointi voi myös vähentää lapsen aktiivisen unen määrää ja vaikuttaa lapsen autonomiseen kardiovaskulaariseen kontrolliin (Mennella ym. 2007, Dahlström ym. 2008). Jos vanhemmat tupakoivat vain ulkona, lapsen sairastuvuus vähenee jonkin verran (Johansson ym. 2003). Rintamaidon terveysvaikutukset ovat kuitenkin suuremmat kuin tupakoin-

nin aiheuttamat haitat, minkä vuoksi äidin tupakointia ei pidetä imetyksen esteenä (American Academy of Pediatrics 2001, Guedes & Souza 2009).

Tupakoivat äidit imettävät harvemmin ja lyhyemmän aikaa kuin tupakoimat. Syynä ovat sekä tupakoivien äitien vähempi imetyshalukkuus että mahdollisesti nikotiinin vaikutus maidoneristystä säätelevien hormonien eritykseen ja rintarauhasen verisuonien supistumiseen (Amir 2001, Donath ym. 2004, Patja & Haukkala 2004, Di Napoli ym. 2006).

Erityisen tärkeää onkin auttaa raskaana olevia ja imettäviä äitejä lopettamaan tai ainakin vähentämään tupakointia. Jos äiti ei pysty lopettamaan tupakointia, se olisi vähennettävä minimiin ja tupakointia tulee välttää 2–3 tuntia ennen seuraavaa imetystä sekä imetyksen aikana, jotta lapseen välittyvän nikotiinin ja muiden kemikaalien pitoisuudet olisivat mahdollisimman vähäiset. Lisäksi tulee huolehtia, ettei lapsi altistu tupakansavulle (Dahlström ym. 2004, Patja & Haukkala 2004).

Rintamaidon alkoholipitoisuus on samaa luokkaa kuin äidin veren alkoholi-pitoisuus, ja alkoholi häviää maidosta samanaikaisesti kuin äidin verestä. Lapsen saama alkoholimäärä äidinmaidosta on hyvin pieni. Äidin nauttima alkoholi saattaa vähentää hänen prolaktiini- ja oksitosiinihormonien pitoisuuksiaan ja siten vähentää maidon tuotantoa, joskin luotettava näyttö puuttuu (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus, 2005).

Pienikin alkoholimäärä vähentää lapsen unessaoloaika ja vähentää lapsen aktiivisen unen määrää (Pohjola ym. 2007). Imettävän äidin runsaaseen juomiseen liittyy lapsen uneliaisuutta, huonoa syömistä ja kasvun hidastumista.

Tilapäinen, ei-humalahakuinen alkoholin käyttö on mahdollista imetyksen aikana. Jos halutaan tällöin välttää, että lapsi ei saa alkoholia rintamaidon mukana, on oltava imettämättä silloin, kun omassa veressä on vielä alkoholia. Lasten fyysisen ja emotionaalisen hoidon laiminlyönnin sekä muun kaltoinkohtelun riski on päihteitä käyttävien vanhempien perheissä suurentunut. Tämän vuoksi alkoholia ei suositella käytettäväksi imeväisaikana, jolloin lapsen hyvinvointi on erityisen riippuvainen vanhempien hyvästä huomiokyvystä (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus, 2005).

## Rintamaidon koostumus ja määrä

Rintamaito riittää terveelle täysiaikaiselle lapselle ainoaksi ravinnoksi yleensä kuuden kuukauden ajan. Vastasyntyneet tarvitsevat kuitenkin K- ja D-vitamiinilisät. Syntymän jälkeen lapselle annetaan 1 mg:n K-vitamiinipistos, joka suojaa imeväisen verenvuototaudilta (Gartner ym. 2005).

Imeväisillä ja pikkulapsilla D-vitamiinivalmisteen käyttö on välttämätöntä muun muassa kasvun ja luuston kehityksen turvaamiseksi. Suomessa imeväisille suositellaan nykyisin D-vitamiinia 10 µg vuorokaudessa imetyksen ajan yksivuotiaaksi asti. Yksi vuotta täyttäneille tai korvikeruokituille annetaan D-vitamiini-

valmistetta 5–6 µg vuorokaudessa (Hasunen ym. 2004). Vitaminoimatonta maitoa (luomu- tai tilamaitoa) käyttävien lasten ja niiden, jotka eivät lainkaan käytä maitovalmisteita tulee kuitenkin saada D-vitamiinia valmisteena 10 µg. D-vitamiini-suositukset uusitaan vuonna 2009.

Rintamaidon B12-vitamiinipitoisuus voi olla niukka vegaaniäideillä, jos heidän ravinnostaan ei ole huolehdittu erityisesti jo raskauden aikana. Imeväiselle voi tulla neurologisia puutosoireita jo alle puolen vuoden iässä, jos rintamaidon B12-vitamiinin pitoisuus on pieni. Imetetyillä lapsilla on suurentunut riski sairastua raudanpuuteanemiaan, jos he eivät ala saada rautapitoisia soseita puolen vuoden iän jälkeen (Gartner ym. 2005). Imetyksen pitkittyessä rintamaidon ravintosisältö heikkenee, esimerkiksi proteiinin, C-vitamiinin, raudan ja sinkin määrä pienenee (Hoppu 2005). Hyvin ennenaikaisten lasten rintamaitoravintoa vahvistetaan proteiini-mineraalilisillä yksilöllisesti noin 3,5 kg:n painoon asti (ks. luku 4.8).

Rintamaitokeltaisuutta tavataan noin 2 %:lla terveistä imetetyistä vastasyntyneistä. Tässä tilanteessa muuten terveen, hyvin kasvavan ja hyvinvoivan, imetetyyn lapsen veren konjugoimattoman bilirubiinin pitoisuus on koholla jopa runsaan kahden kuukauden ikään. Rintamaitokeltaisuuden tarkkaa syytä ei tiedetä. Rintamaito sisältää mahdollisesti tekijää, joka edistää bilirubiinin imeytymistä suolistosta (Schanler 2006). Kun lapsen maksan toiminta kypsyy iän myötä, tilanne menee ohi. Imetystauko on harvoin tarpeen tilanteen hoitamiseksi (American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia 2004). Selvästi korkean (yli 300 µmol/l) bilirubiiniarvoilla voidaan harkita lyhyttä imetystaukoa tai valohoitoa vaarallisen kellastumisen ehkäisemiseksi (Fellman 2006).

Rintamaidon niukkuuteen liittyvää kuivumaa tavataan jo syntymän jälkeen sairaalahoidon aikana, mutta yleisimmin vasta lapsen kotiuduttua. Jos maitoa erittyy niukasti yksinomaisten imetyksen jatkuessa, kuivuma voi olla vakava ja johtaa esimerkiksi lapsen liialliseen kellastumiseen, verisuonten tukoksiin ja pysyviin vaurioihin. Asianmukaisesti ja ripeästi hoidettuna lapsi toipuu hyvin ja kehittyy normaalisti (Escobar ym. 2007). Kuivumia voidaan estää äitien yksilöllisellä ja tehostetulla imetysohjauksella sekä lasten asianmukaisella seurannalla ja hoidolla, kuten lisämaidon antamisella imetyksen ohella tarvittaessa. Vanhemmille tulee antaa tietoa, miten lapsen saamaa nestemäärää voi arvioida esimerkiksi lapsen virtsasta ja ulosteista painon seurannan lisäksi (ks. luku 4.3). Säännöllinen kasvunseuranta neuvolassa on erittäin tärkeää lapsen ravitsemuksen ja terveydentilan arvioimiseksi.

## Imetyksen terveysvaikutukset äidille

Imetys periaatteessa tukee painonhallintaa, koska imettävä äiti tarvitsee noin 2 MJ (600 kcal) enemmän energiaa vuorokaudessa kuin äiti, joka ei imetä. Imetys ei kuitenkaan selkeästi jouduta painon palautumista synnytystä edeltävälle tasolle (Ip



ym. 2007). Tutkimustulosten tulkintaa hankaloittavat lukuisat erilaiset tekijät, jotka vaikuttavat painon vaihteluun, näiden tekijöiden vakiointi ja se, että imetyksen kesto on ilmoitettu vaihtelevasti.

Äidin tyyppin 2 diabeteksen riski näyttää vähenevän 4–12 % jokaista imetysvuotta kohti yhdysvaltalaisien laajojen sairaanhoitaja-aineistojen mukaan (Ip ym. 2007). Meta-analyysin tekijät kehottavat varovaisuuteen sovellettaessa tietoa muuhun synnyttäjäväestöön.

Laajan (139 681 synnyttänyttä naista) tuoreen väestötutkimuksen perusteella naisilla on sitä pienempi riski sairastua verenpainetautiin, diabetekseen, hyperlipidemiaan ja sydän-verisuonitauteihin mitä pidemmän aikaa he ovat yhteensä elämänsä aikana imettäneet (Schwarz ym. 2009).

Imetys ei vaikuta osteoporoosin kehittymiseen tai sen aiheuttamiin murtumiin (Ip ym. 2007). Rintasyövän ja munasarjasyövän riski on useiden tutkimusten mukaan pienempi imettäneillä äideillä (Ip ym. 2007). Suomalainen Syöpäjärjestöt onkin asettanut tavoitteeksi kuuden kuukauden täysimetyksen sekä väestö- että yksilötasolla (Syöpäjärjestöt 2008).

Synnytyksen jälkeisen masennuksen suhteesta imetykseen ei ole hyviä prospektiivisia tutkimuksia. Väestötutkimusten mukaan synnytysmasennukseen liittyy lyhyt imetys tai imettämättömyys. Syy-seuraussuhteita ei voida tulosten mukaan päätellä (Ip ym. 2007, Hoddinott ym. 2008).

## 2.2 Katsaus imetyssuosituksiin

WHO suositti vuonna 2001 silloiseen näyttöön perustuen täysiaikaisten lasten yksinomaista imetystä kuuden kuukauden ajan. Suositus perustui imetyksen riipulitaudeilta suojaavaan vaikutukseen kehitysmaissa ja Valko-Venäjällä. WHO:n asiantuntijat varoittivat myös raudanpuutteenemian riskistä, joka liittyy yli puolen vuoden täysimetykseen etenkin kehitysmaissa. Lasten kasvua ja hyvinvointia on seurattava. Jotta suositus toteutuisi, äitien imetysohjaukseen on panostettava (WHO 2002).

WHO:n suositus vuodelta 2003 on samanlainen: globaalina tavoitteena on kuuden kuukauden täysimetus lasten kasvun, kehityksen ja terveyden turvaamiseksi. Sen jälkeen lapsi tarvitsee ravitsemuksellisesti laadukasta lisäruokaa kasvun varmistamiseksi. Imetystä voidaan jatkaa ainakin kahden vuoden ikään asti (WHO & UNICEF 2003).

Suomen Lastenlääkäriyhdistys otti asiaan kantaa lokakuussa 2001. Suosituksen mukaan lisäruokia voidaan aloittaa yksilöllisesti 4–6 kuukauden iässä. Imetyksen kokonaiskestoksi suositeltiin korkeintaan yhtä vuotta. (Suomen Lastenlääkäriyhdistys 2001.)



Suomessa nykyiset imetyssuositukset annettiin vuonna 2004, jolloin STM asetti tavoitteeksi pääsääntöisesti kuuden kuukauden täysimetyksen normaalipainoisina syntyneille lapsille (ks. luku 1.2).

Ruotsin täysimetyssuositukset noudattavat WHO:n suositusta puolen vuoden täysimetyksestä. Samoin kuin Suomessa imetystä suositellaan tämän jälkeen jatkettavaksi muun ruoan ohella vuoden ikään tai pidempäänkin (Axelsson ym. 2004).

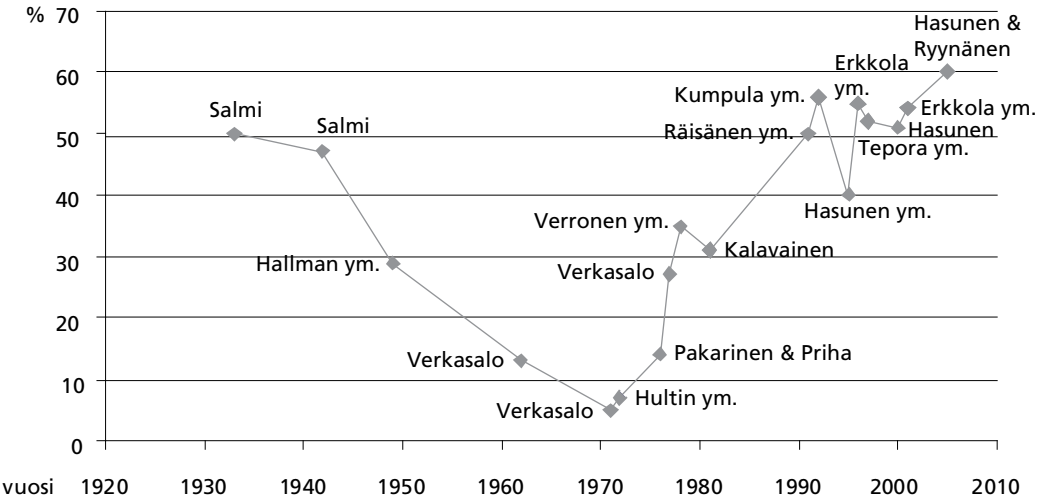
Uusimpien tutkimusten perusteella eri tahot ovat muokanneet hiljattain imetyssuosituksia: Yhdysvaltojen ja eurooppalaiset lastenallergologit suosittelevat atooppisten sairauksien ehkäisymielessä imetystä ainakin neljän kuukauden ajan. Lisäruokien välttäminen 4–6 kuukauden jälkeen ei estä atooppisia sairauksia. Lapsen astman tai atooppisen ihottuman estämiseksi ei ole tarpeen pitää välttämisruokavaliota, ei raskauden tai imetyksen aikana eikä lapsen saadessa lisäruokia (Greer ym. 2008, Host ym. 2008).

Euroopan lasten ravitsemus- ja suolistoasiantuntijat pitävät kuuden kuukauden täysimetystä toivottavana tavoitteena. Kiinteät ruoat tulisi aloittaa aikaisintaan 17 viikon ja viimeistään 26 viikon iässä. Soseiden tulisi sisältää riittävästi hyvin imeytyvää rautaa, jota on lihassa. Lehmänmaito on huono raudan lähde, jonka takia sitä ei tulisi käyttää pääasiallisena maitona ennen vuoden ikää. Välttämisruokavaliota ei suositella allergian ehkäisyyn. Keliakian riskin pienentämiseksi viljatuotteet tulisi aloittaa vähitellen ja imetyksen ohella. Kasvisruokavaliolla olevien lasten tulee saada riittävästi rintamaitoa tai korviketta ja maitotuotteita. Vegaaniruokavaliota ei sovellu imeväisille ja nuorille lapsille. (Agostoni ym. 2008.)

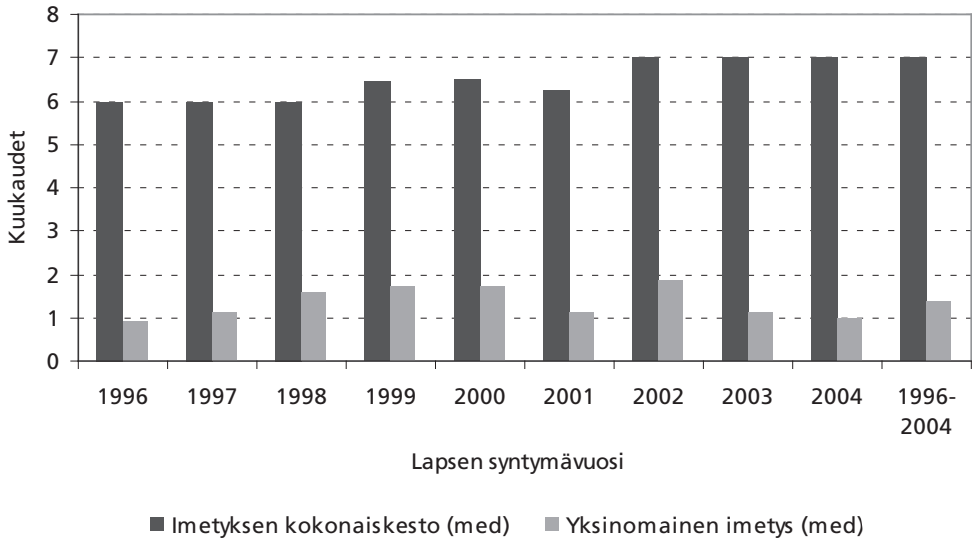
## 2.3 Imetyksen toteutuminen Suomessa

Imetys on selvästi yleistynyt Suomessa sitten 1970-luvun alun pudotuksen. Vuonna 2005 äideistä 60 % imetti vähintään puoli vuotta (kuvio 1). Vaikka kokonaisimetyksen kesto on lisääntynyt vielä viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana, täysimetyksen kesto on pysynyt matalalla, pirkanmaalaisilla ja pohjoispohjanmaalaisilla äideillä keskimäärin 1,4 kuukauden tuntumassa (kuvio 2). Suomalaisissa tutkimuksissa täysimetyksen määritelmä on yleensä ollut varsin tiukka, siihen sisältyy ainoastaan vesi ja ravintoaineliset, ei ruokien maisteluannoksia. Poikkileikkaustutkimuksen mukaan (jossa lapsen aiempaa ruokintaa ei huomioitu) 3 kuukauden iässä täysimetettyjen osuus kasvoi vuodesta 1995 vuoteen 2005 mennessä 26 %:sta 51 %:n (Hasunen 1996, Hasunen & Rynnänen 2006). Ruotsissa sekä kokonaisimetyksellä että täysimetyksellä kesto on pidempään kuin meillä: vuonna 2006 puolen vuoden iässä 69 % lapsista sai rintamaitoa ja 15 % yksinomaisesti rintamaitoa (Socialstyrelsen 2008). Suomessa vain 1 % puolen vuoden ikäisistä on täysimetettyjä (Kyttälä ym. 2008).

Vaikka lähes kaikki Suomen vastasyntyneet kotiutuvat synnytyssairaalasta imetettyinä, suurin osa saa jo synnytyssairaalassa lisämaitoa. Esimerkiksi Pirkan-



KUVIO 1. Puoli vuotta imetettyjen osuus suomalaistutkimuksissa vuodesta 1933 vuoteen 2005. Mikäli samalta vuodelta on useampi kuin yksi tutkimus, niin otannaltaan suurempi tai/ja muu kuin interventiotutkimus on valittu kuvioon mukaan (lähteet: Salmi 1944; Hallman ym. 1952; Hultin ym. 1977; Verkasalo 1980; Verronen ym. 1981; Kalavainen 1984; Pakarinen & Priha 1984; Kumpula ym. 1994; Hasunen 1996; Räsänen ym. 1998; Tepora ym. 1999; Hasunen 2002; Erkkola ym. 2005; Erkkola ym. 2006; Hasunen & Rynnänen 2006.)



KUVIO 2. Imetyksen kokonaiskesto ja yksinomaisen imetyksen kesto vuosina 1996-2004 syntyneillä lapsilla Suomessa (lähde: Kyttälä ym. 2008).

maalla ja Pohjois-Pohjanmaalla 76 % vauvoista sai synnytyssairaalassa luovutettua äidinmaitoa ja 12 % äidinmaidonkorviketta, huolimatta siitä, että 99 % myös imetettiin (Erkkola ym. 2009). Lisämaidon antamisessa ja tyypissä on kuitenkin suurta vaihtelua sairaaloiden välillä (Hannula ym. 2008a).

Imetyksen sosioekonomiset erot ovat selvästi nähtävissä. Nuoret, vähemmän koulutetut äidit imettävät muita lyhyempään ja aloittavat lisäruokinnan muita varhemmin. Uuden suomalaisen tutkimuksen mukaan lukion käyneet äidit imettivät kaikkiaan keskimäärin 8 kk ja täysimettivät 1,6 kk, kun vastaavat luvut vähemmän koulutetuilla äideillä olivat 5 kk ja 1,0 kk (Erkkola ym. 2009). Aikainen lisämaidon antaminen syntymän jälkeen on useiden tutkimusten mukaan yhteydessä lyhyempään imetyksen kestoon (mm. Erkkola ym. 2006, Sorkio ym., lähetetty julkaistavaksi). Esikoista imetetään lyhyempään kuin muita lapsia. Isän koulutus näyttää myös edistävän imetystä. Äidin tai puolison tupakointi on yhteydessä lyhyempään imetykseen (Eriksen 1996). Yksinhuoltajuus, ennenaikainen synnytys ja keisarileikkaus ovat myös yhteydessä lyhyempään imetykseen. Äidin sairaudet saattavat vaikuttaa imetykseen tai sen kestoon. Useiden tutkimusten mukaan diabeetikko-äidit imettävät muita lyhyempään. Suureksi osaksi tämä ero tyyppin 1 diabeetikoilla näyttää kuitenkin selittyvän äitien varhaisemmalla synnytyksiällä, lyhyemmällä koulutuksella, lapsen syntymän ennenaikaisuudella ja keisarileikkausten suuremmalla osuudella (Tepora ym. 1999, Hasunen 2002, Erkkola ym. 2006, Hasunen & Ryyänen 2006, Erkkola ym. 2009, Sorkio ym., lähetetty julkaistavaksi).

Alueelliset ja paikalliset erot imetyksessä ovat suuria. Alueilla, joissa imetystä on tuettu suunnitelmallisesti, imetys toteutuu selvästi keskimääräistä paremmin (Hasunen & Ryyänen 2006).

Esimerkiksi helsinkiläisessä Oulunkylän neuvolassa on imetyksen tukemiseen kiinnitetty huomiota vuodesta 1996 lähtien. Neuvolan kaikki terveydenhoitajat ovat saaneet imetysohjaajakoulutuksen ja yhdellä terveydenhoitajista on imetysohjaajakouluttajan pätevyys. Henkilökuntaa on kannustettu osallistumaan imetysohjaajakouluttajien verkoston järjestämiin koulutuksiin. Imetysongelmia on neuvolassa ratkottu yhdessä asiakkaan kanssa vastaanottotilanteissa: mukana on ollut vauvaperhe, heitä ohjaava terveydenhoitaja ja imetysohjaajakouluttajan koulutuksen saanut terveydenhoitaja. Terveydenhoitajat ovat itse pitäneet imetystilastoa alueen vauvoista vuodesta 1996 lähtien. Kerran vuodessa on kerätty tiedot lasten neuvolapapereista täysimetyksen kestosta, kiinteän ruoan aloitamisistä, kokonaisimetyksajasta ja äidinmaidonkorvikkeen aloituksesta. Vuonna 2009 yli puolet neuvolan asiakkaana olevista 4-6 kuukauden ikäisistä vauvoista on täysimetettyjä ja vuonna 2007 syntyneistä 20-25 % täysimetettiin puolivuotiaaksi.

TAULUKKO 1. Imetyksen toteutuminen Pohjoismaissa. Täysimetyksen määritelmät vaihtelevat jonkin verran maittain. Esimerkiksi norjalaisissa selvityksissä veden antaminen vauvalle ei sisällä täysimetyksen määritelmään, mutta suomalaisissa tutkimuksissa vähäisten vesimäärien antaminen on sallittu (lähteet: Hasunen & Rynnänen 2006; Socialstyrelsen 2008; Cattaneo ym. 2005; Erkkola ym. 2005; Helsedirektoratet 2008; Helsedirektoratet 2009; Ammeundersøgelse år 2000–2002; Folkesundhedsrapporten Danmark 2007)

Maa	Vuosi	Lapsen ikä ja imetys				
		4 kk		6 kk		1 v
		täys- imetys %	imetys %	täys- imetys %	imetys %	imetys %
Suomi	2005 (*1997–2005)	34	72	1	60	18*
Ruotsi	2006	60	81	15	69	17
Norja	2006–2007	46	85	9	80	46
Tanska	2000	60–70	75–78	20–25	63	14–17
Islanti	2000	47	75	13	65	13

Suomessa imetetään muihin Pohjoismaihin verrattuna vähiten (taulukko 1). Muissa Pohjoismaissa valtiovalta ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat jo vuosia tukeneet imetystä suunnitelmallisesti, mikä näkyy maiden imetystilastoissa. Esimerkiksi Ruotsissa sairaaloiden hoito- ja ohjauskäytäntöjen kehittäminen imetystä tukeviksi näkyi etenkin täysimetyksen yleistymisenä 1990-luvulla. Vuonna 1999 Tukholman alueella tehdyssä tutkimuksessa vain noin neljäsosa vastasyntyneistä sai lisäruokaa alle viikon ikäisenä, kun loput olivat täysimetettyjä (Zwedberg ym. 2003).

## 2.4 Imetysasenteet yhteiskunnassa

Suhtautuminen imetykseen liittyy monenlaisiin kulttuurisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin, jotka tyypillisesti läpäisevät koko yhteiskunnan maallikoista asiantuntijoihin. Imetysasenteisiin ja imetyksen keston vaikuttavat muun muassa yhteiskunnan ja lähiyhteisön tuki, imetykseen liitetyt mielikuvat ja uskomukset, mainonta, naisten työssäkäynti, käsitykset julkisesta ja yksityisestä sekä näkemykset imetyksen sopivuudesta (kuvio 3). Usein käsitykset imetyksestä ovat eri kulttuureissa hyvin erilaisia, ja ne voivat muuttua olosuhteiden muuttuessa (Helman 2000). Imetysasenteisiin voidaan siis vaikuttaa.

Suomalaiset imetysasiantuntijat ovat arvioineet, että asenteet imetystä kohtaan ovat Suomessa eurooppalaisittain myönteiset, mutta imettäviä äitejä näkyy vähemmän julkisissa tiloissa (Honigmann 2008). Imetys mielletään herkästi yk-

sityisasiaksi ja imettävän äidin henkilökohtaiseksi ominaisuudeksi, johon ei juurikaan voida vaikuttaa. Imetykseen liittyviä kulttuurisia tekijöitä on Suomessa tutkittu niukasti (Aittokoski ym. 2009). Tehdyt selvitykset viittaavat siihen, että äidin resurssien riittämättömyys nykyajan roolipaineiden keskellä ja julkisen imetyksen ongelmallisuus haittaavat ja lyhentävät imetystä (Huitti-Malka 2005). Oma asenne vanhemmuuteen ja puolison tuki liittyvät imetyksen onnistumiseen (Iivarinen 2007).

Imetysasenteet välittyvät helposti edelliseltä sukupolvelta seuraavalle. Asenteet muokataan pitkälle jo kasvuiässä. Sen vuoksi peruskoululla on tärkeä tehtävä tarjota ajantasaista tietoa imetyksestä niin tytöille kuin pojille, tuleville äideille ja isille. Perusopetuksessa ja lukio-opetuksessa opetussuunnitelman perusteisiin kuuluu biologian ja terveystiedon opintoja, joissa tarkastellaan monipuolisesti ihmisen kehitystä ja elimistön toimintaa, hedelmöitystä, raskautta, synnytystä ja vanhemmuuteen kasvamista. Imetysmyönteisen asenteen ja luotettavan imetystä edistävän tietoperustan luominen tulisi olla molemmille sukupuolille osa yleisivistävää opetusta. Opetussuunnitelmien perusteita uudistetaan lähiaikoina. Terveystieto kuuluu pakollisena myös ammatilliseen peruskoulutukseen.

Median avulla voidaan vaikuttaa ihmisten asenteisiin imetystä kohtaan sekä välittää tietoa. Imetyksen edistämisessä mediaa on hyödynnettävä monipuolisesti esimerkiksi internetin ja kirjallisuuden kautta sekä kuvallisin keinoin. Mediasa imetykseen liittyviä kirjoituksia ja kuvia näkyy suhteellisen vähän verrattuna siihen, mikä imetyksen todellinen osuus vauvaperheissä on. Imetystutkimuksista uutisoidaan herkimmin ne, jotka liittyvät imetyksen terveydellisiin etuihin, mutta vähemmän niitä, jotka koskevat imetystä kulttuurisena ilmiönä tai imetykseen liittyvää hoitotyötä.

## 2.5 Imetyksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä

Kulttuuristen ja yhteiskunnallisten tekijöiden ohella imetyksen toteutumiseen vaikuttavat äidin omat tiedot ja imetykokemukset, vauvan ja äidin terveydentila sekä äidin saama ohjaus ja tuki sekä terveydenhuolto-organisaation toiminta (kuvio 3, taulukko 2).

Vaikka suomalaiset äidit suhtautuvat yleensä myönteisesti imetykseen, on äitien asenteissa ja tiedoissa runsaasti yksilöllistä vaihtelua. Hyvät tiedot ovat yhteydessä imetyksen onnistumiseen ja jatkumiseen (Tarkka ym. 1999, Dennis 2002, Hannula 2003). Osa äideistä tietää kuitenkin hyvin vähän imetyksestä synnytys-sairaalaan tullessaan, eivätkä tiedot välttämättä lisäännä riittävästi sairaalassa oloaikana (Hannula 2003). Imetyksen jatkumiseen vaikuttavia psyykkisiä tekijöitä ovat optimistinen elämänasenne, luottamus maidon riittävyyteen ja omaan kykyyn



KUVIO 3. Imetykseen vaikuttavia tekijöitä

TAULUKKO 2. Imetyksen onnistumiseen liittyviä tekijöitä

	Täysimetykseen ja/tai pitkään imetykseen liittyviä tekijöitä	Osittaisimetykseen ja/tai lyhyeen imetykseen liittyviä tekijöitä
Äiti	Hyvä terveys, tupakoimattomuus, myönteiset asenteet imetystä kohtaan, hyvät tiedot imetyksestä, oma päätös imettää, aikaisemmat myönteiset imetyskokemukset	Aiempi lyhyeksi jäänyt imetys, tupakointi, nuori ikä, lapsen odottaminen yksin, jo synnytyssairaalassa suunniteltu osittaisimetus, äidin epäily maidon riittävydestä, äidin akuutti tai krooninen sairaus, äidin lääkitys, eräät rintaleikkaukset, psyykkiset ongelmat
Puoliso	Myönteinen suhtautuminen imetykseen, hyvät tiedot imetyksestä	Tupakointi
Synnytys	Tukihenkilön läsnäolo synnytyksessä	Pitkittynyt synnytys, imukuppisynnytys, keisarileikkaus, epiduraalipuudutus ja äidin vaikeaksi kokemaa synnytys
Vastasyntynyt	Terveys, täysiaikaisuus, normaali syntymäpaiko ja helppohoitoisuus	Hapenpuute synnytyksen aikana, ennenaikaisuus, raskausajan kasvupoikkeama, kireä kielijänne, kehityshäiriöt tai vammat, akuutit tai krooniset sairaudet
Hoitoikäytännöt	Ihokontakti, varhainen ensi-imetus, kokoaikainen vierihito, tarpeettoman lisämaidon välttämisen, synnytyssairaalalan vauvamyönteisyys, riittävä imetysohjaus äidin yksilöllisten tarpeiden mukaan	Äidin ja vauvan erottaminen synnytyksen jälkeen, viivästynyt ensi-imetus, ihokontaktin puute, runsas lisäruoan antaminen vauvalle synnytyssairaalassa, tuttinen ja pullojen käyttö imetyksen alkuvaiheessa
Kotiuutumisen jälkeinen aika	Puolison, vanhempien ja muun sosiaalisen verkoston tuki, neuvolan työntekijän antama imetysohjaus, imetysohjaajakoulutetun hoitajan kotikäynnit, puhelintuki ja vertaistuki	Tuen puute
Muut asiat	Tuki ja ohjaus ongelmatilanteissa	Äidin lähteminen kokopäivätyöhön ennen lapsen kolmen kuukauden ikää

imettää sekä suunniteltu imetyksen pituus. Nämä tekijät ennustavat imetyksen pituutta paremmin kuin sosiodemografiset tekijät (O'Brien ym. 2008).

Uudelleensynnyttäjät selviävät sairaalavaiheen imetyksestä yleensä ensisynnyttäjiä paremmin. Äidit, jotka kokevat psyykkisen vointinsa hyväksi ja jotka täysimettävät sairaalassa, onnistuvat imetyksessä yleensä hyvin (Hannula 2003). Äidin kokemus siitä, että lapsi on hyväksytty ja tyytyväinen ja että lapsella on vain vähän ongelmia, lisää imetystä. Äidin kokemus puolison myönteisestä suhtautumisesta imetykseen tukee imetyksestä selviytymistä (Tarkka 1996).

Suomalaistutkimuksessa joka neljännellä äidillä imetys sujui huonosti synnytyssairaalassa (Hannula 2003). Huonosti selviytyvät kokivat saaneensa riittämättömästi ohjausta ja tukea maidonerityksen ylläpitoon sairaalassa ja heidän vauvansa saivat runsaasti lisäruokaa. Yksi selittävä tekijä huonoon selviytymiseen oli vaikeaksi koettu synnytys. Lisämaidon anto vastasyntyneelle ilman lääketieteellistä syytä vähentää huomattavasti täysimetyksen kestoa ja lisää riskiä tulla osittaisimetyksi. Kun vauva saa lisämaidon lääketieteellisestä syystä ja tämä perustellaan äidille, ei lisämaidon anto vaarana imetystä (Ekström ym. 2003a).

Äidit, jotka selviävät imetyksestä huonosti sairaalassa, kotiutuvat muita useammin osittaisimettäjinä. Heillä on usein vähintään yksi ongelma imetyksessään lapsen ollessa kolmen kuukauden ikäinen, ja riski imetyksen lopettamiseen ennen lapsen puolen vuoden ikää on kohonnut (Hannula 2003).

Terveys ja hyvät terveystottumukset ovat yhteydessä imetyksen jatkumiseen (ks. luku 2.1). Esimerkiksi raskausdiabetesta sairastavien äitien vauvat tarvitsevat usein verensokeriseurantaa ja tiheitä imetyksiä, ja äidit tehostettua ohjausta. Rintaleikkaus, täysin sisäänpäin kääntyneet nännit tai hormonihäiriö prolaktiinin tuotannossa tai lapsen terveydentilassa olevat poikkeavuudet, kuten suun alueen kehityshäiriöt tai lapsen vammaisuus, voivat vaikeuttaa imetystä.

Sairaalan hoitokäytännöt vaikuttavat huomattavasti imetyksen onnistumiseen (Philipp ym. 2001, Fairbank ym. 2000). Synnytyksen aikainen hoito, kipulääkitys, synnytystapa ja äidin synnytyksessä kokema stressi voivat kaikki vaikuttaa imetyksen käynnistymiseen (Chen ym. 1998, Dennis 2002, Dewey ym. 2003). Epiduralipuuutus saattaa vähentää vauvan imemistiheyttä synnytyksen jälkeen (Riordan ym. 2000) ja petidiini vauvan hamuamisrefleksiä (Nissen ym. 1995). Tukihenkilön läsnäolo synnytyksessä on tärkeää, samoin kuin imetyksen varhainen aloitus, kokoaikainen vierihoito ja tarpeettoman lisäruoan annon välttäminen. Vastasyntyneen ensihoidolla on myös vaikutusta. Esimerkiksi lapsen nenänielun voimakas imeminen saattaa häiritä imemisrefleksin syntyä (Auerbach 2000). Äidin kokemus riittävästä tuen saamisesta imetyksen käynnistymisvaiheessa on tärkeää ja lisää imetyksen jatkumista. Lisäämällä imettävien äitien ohjausta ja tukea voidaan lisätä myös täysimetystä (Britton ym. 2007). Vauvamyönteinen toimintatapa synnytyssairaalassa yhdistettynä riittävään ohjaukseen ja tukeen lisää imetystä selkeästi (Hannula ym. 2008b). Osastoilla, joissa ohjausta on yhtenäistetty Vauvamyönteisysohjelman mukaisesti ja hoitajia koulutettu antamaan imetysohjausta,

äitien selviytymiskokemus on selkeästi paras. Sen sijaan kotiuttamisajankohdan ja imetyksen pituuden välillä ei voida osoittaa selkeää yhteyttä, mikä ehkä johtuu sairaaloiden ja avoterveydenhuollon tarjoaman imetystuen eroista eri tutkimuksissa (Brown ym. 2002) (ks. luku 4.3).

Kotiuttamisen jälkeinen tuki on tärkeää imetyksen jatkumiselle. Puolison rooli imetyksen tärkeimpänä tukijana on tunnistettu lukuisissa tutkimuksissa (esim. Ekström ym. 2003b, Wolfberg ym. 2004, Swanson & Power 2005). Myös isoäitien rooli äitien imetyspäätöksissä on tärkeä (Dennis 2002, Ekström ym. 2003b, Ingram & Johnson 2004, Grassley & Eschete 2007), samoin naisten muun sosiaalisen tuen verkoston (Dennis 2002). Vaikka äidit pitävät puolisoa usein tärkeimpänä tukijana, on ammattilaisten antama ohjaus merkityksellistä etenkin silloin kun imetyksessä on ongelmia. Monet suomalaisäidit pitävät neuvolassa annettua imetysohjausta synnytyssairaalan ohjausta niukempana (Tarkka 1996, Hannula 2003). Mitä enemmän ensisynnyttäjä-äidit kokevat saavansa konkreettista tukea terveydenhoitajalta, sitä paremmin imetys heidän mielestään sujuu (Tarkka 1996). Imetystä lisääviä tekijöitä kotiutumisen jälkeen ovat asiantuntevan imetystuen jatkuvuus, imetysohjaukseen koulutetun hoitajan kotikäynnit ja puhelintuki yhdistettynä verstaistukeen (Hannula ym. 2008b). Äidin paluu kokopäivätyöhön lapsen ollessa alle kolmen kuukauden ikäinen vähentää imetyksen jatkumisen todennäköisyyttä (Dennis 2002).

## Lähteet

- Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K.F., Moreno, L., Puntis, J., Rigo, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D., van Goudoever, J. & ESPGHAN Committee on Nutrition: 2008, Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, vol. 46, no. 1, pp. 99–110.
- Aittokoski, M., Huitti-Malka, R. & Salokoski, M. (toim.) 2009, Imetyksen aika – uusi suomalainen imetyskirja, Avain.
- Akobeng, A.K., Ramanan, A.V., Buchan, I. & Heller, R.F. 2006, Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 91, no. 1, pp. 39–43.
- Alkoholiongelman hoito (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2005. Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- American Academy of Pediatrics 2001, Committee on Drugs. 2001, The transfer of drugs and other chemicals into human milk, *Pediatrics*, vol. 108, pp. 776–789.
- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. 2004, Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation, *Pediatrics*, vol. 114, pp. 297–316.
- Amir, L.H. 2001, Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: a review of possible mechanisms, *Early Human Development*, vol. 64, pp. 45–67.
- Ammeundersøgelse år 2000–2002, Publikation fra fagligt forum for amts sundhedsplejersker m. fl, Vejle 2003.
- Auerbach, K.G. 2000, Evidence-based care and the breastfeeding couple: key concerns, *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 45, no. 3, pp. 205–211.
- Axelsson, I., Finkel, Y., Michaelsen, K.F., Gebre-Medhin, M., Hernell, O., Jakobsen, I., Perlhagen, J. & Jansson, M. 2004, Tilläggs kost vid amning. Introduktionen kan vänta till sex månaders ålder,



- men inte längre, *Läkartidningen*, vol. 101, no. 3, pp. 195–197.
- Britton, C., McCormick, F.M., Renfrew, M.J., Wade, A. & King, S.E. 2007, Support for breastfeeding mothers, *Cochrane database of systematic reviews* (Online), vol. (1), no. 1, pp. CD001141.
- Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A. & Davis, P. 2002, Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants, *Cochrane database of systematic reviews* (Online), vol. (3), no. 3, pp. CD002958.
- Cattaneo, A., Yngve, A., Koletzko, B., Guzman, L.R. & Promotion of Breastfeeding in Europe project 2005, Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation, *Public health nutrition*, vol. 8, no. 1, pp. 39–46.
- Cattaneo, A., Ronfani, L., Burmaz, T., Quintero-Romero, S., Macaluso, A. & Di Mario, S. 2006, Infant feeding and cost of health care: a cohort study, *Acta Paediatrica*, vol. 95, no. 5, pp. 540–546.
- Chantry, C.J., Howard, C.R. & Auinger, P. 2006, Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children, *Pediatrics*, vol. 117, no. 2, pp. 425–432.
- Chen, D.C., Nommsen-Rivers, L., Dewey, K.G. & Lonnerdal, B. 1998, Stress during labor and delivery and early lactation performance, *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 68, no. 2, pp. 335–344.
- Dahlström, A., Ebersjö, C., & Lundell, B. 2008, Nicotine in breast milk influences heart rate variability in the infant, *Acta Paediatrica*, vol. 97, pp. 1075–1079.
- Dahlström, A., Ebersjö, C., & Lundell, B. 2004, Nicotine exposure in breastfed infants, *Acta Paediatrica*, vol. 93, pp. 810–816.
- Dennehy, P.H., Cortese, M.M., Begue, R.E., Jaeger, J.L., Roberts, N.E., Zhang, R., Rhodes, P., Gentsch, J., Ward, R., Bernstein, D.I., Vitek, C., Bresee, J.S. & Staat, M.A. 2006, A case-control study to determine risk factors for hospitalization for rotavirus gastroenteritis in U.S. children, *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 25, no. 12, pp. 1123–1131.
- Dennis, C.L. 2002, Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAA-COG*, vol. 31, no. 1, pp. 12–32.
- Dewey, K.G., Nommsen-Rivers, L.A., Heinig, M.J. & Cohen, R.J. 2003, Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss, *Pediatrics*, vol. 112, no. 3 Pt 1, pp. 607–619.
- DiFranza, J.R., Aligne, A. & Weizman, M. 2004, Prenatal and postnatal tobacco smoke exposure and children's health, *Pediatrics*, vol. 113, pp. 1007–1015.
- Di Napoli, A., Di Lallo, D., Pezzotti, P., Forastiere, F. & Porta, D. 2006, Effects of parental smoking and level of education on initiation and duration of breastfeeding, *Acta Paediatrica*, vol. 95, pp. 678–685.
- Donath, S.M., Amir, L.H., & ALSPAC Study Team. 2004, The relationship between maternal smoking and breastfeeding duration after adjustment for maternal infant feeding intention, *Acta Paediatrica*, vol. 93, pp. 1514–1518.
- Donovan, S.M. 2006, Role of human milk components in gastrointestinal development: current knowledge and future needs, *Journal of Pediatrics*, vol. 149, no. 5, Supplement, pp. S49–S61.
- Ekström, A., Widstrom, A.M. & Nissen, E. 2003a, Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women, *Journal of Human Lactation*, vol. 19, no. 2, pp. 172–178.
- Ekström, A., Widstrom, A.M. & Nissen, E. 2003b, Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women, *Birth*, vol. 30, no. 4, pp. 261–266.
- Eriksen, W. 1996, Breastfeeding, smoking and the presence of the child's father in the household, *Acta Paediatrica*, vol. 85, no. 11, pp. 1272–1277.
- Erkkola, M., Kronberg-Kippilä, C., Knip, M. & Virtanen, S. 2006, Ravitsemus elämäntapaan alkupäässä – tavoitteisiin matkaa, *Suomen Lääkärilehti*, vol. 61, pp. 5029–5035.
- Erkkola, M., Pigg, H.M., Virta-Autio, P., Hekkala, A., Hyppönen, E., Knip, M. & Virtanen, S.M. 2005, Infant feeding patterns in the Finnish type I diabetes prediction and prevention nutrition study cohort, *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59, no. 1, pp. 107–113.
- Erkkola, M., Salmenhaara, M., Kronberg-Kippilä, C., Ahonen, S., Erkkola, T., Uusitalo, L., Pietinen, P., Veijola, R., Knip, M. & Virtanen, S.M. 2009, Determinants of

- breastfeeding in a Finnish birth cohort, *Public Health Nutrition*, in press.
- Escobar, G.J., Liljestrand, P., Hudes, E.S., Ferrero, D.M., Wu, Y.W., Jeremy, R.J. & Newman, T.B. 2007, Five-year neurodevelopmental outcome of neonatal dehydration, *The Journal of Pediatrics*, vol. 151, no. 2, pp. 127–33, 133.e1.
- Fairbank, L., O'Meara, S., Renfrew, M.J., Woolridge, M., Sowden, A.J. & Lister-Sharp, D. 2000, A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding, *Health Technology Assessment*, vol. 4, no. 25, pp. 1–171.
- Fellman, V. 2006, Hyperbilirubinemia, kirjassa: Vastasyntyneen tehohoito, s. 145, toim. V. Fellman ja P. Luukkainen, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Folkesundhedsrapporten Danmark 2007, Statens Institut for Folkesundhed.
- Gartner, L.M., Morton, J., Lawrence, R.A., Naylor, A.J., O'Hare, D., Schanler, R.J., Eidelman, A.I. & American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding 2005, Breastfeeding and the use of human milk, *Pediatrics*, vol. 115, no. 2, pp. 496–506.
- Grassley, J.S. & Eschiti, V.S. 2007, Two generations learning together: facilitating grandmothers' support of breastfeeding, *Int J Childbirth Edu*, vol. 22, no. 3, pp. 23–26.
- Greer, F.R., Sicherer, S.H., Burks, A.W., American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition & American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology 2008, Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas, *Pediatrics*, vol. 121, no. 1, pp. 183–191.
- Guedes, T.H.V. & Souza, L.S.F. 2009, Exposure to maternal smoking in the first year of life interferes breast-feeding protective effect against the onset of respiratory allergy from birth to 5 yr, *Pediatric Allergy Immunology*, vol. 20, pp. 30–34.
- Hahtela, T., von Hertzen, L., Mäkelä, M., Hannuksela, M. & allergiatyöryhmä 2008, Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018 - aika muuttaa suuntaa, *Suomen Lääkärilehti*, vol. 63, no. 14, pp. 9–21.
- Hallman, N., Nevanlinna, E. & Tuuteri, L. 1952, Valistustyön ja eräiden sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta rintaruokintaan, *Duodecim*, vol. 68, pp. 802.
- Hannula, L., Kumpula, M., Puukka, P., Rytönen, L., Helenius, L. & Pakola, M. 2008a, Lisämaidon anto vastasyntyneelle lapsivuodeosastolla, *Tutkiva hoitotyö*, no. 1, pp. 12–18.
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M.T. 2008b, A systematic review of professional support interventions for breastfeeding, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, no. 9, pp. 1132–1143.
- Hannula, L. 2003, Imetysnäkemys ja imeytyksen toteutuminen: suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Väitöskirja, Turun yliopisto.
- Hanson, L.A. 2007, Session 1: Feeding and infant development breast-feeding and immune function, *The Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 66, no. 3, pp. 384–396.
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S. 2004, Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus, Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2004:11, Helsinki.
- Hasunen, K. 2002, Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2001:12, Helsinki.
- Hasunen, K. 1996, Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 1995, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 1996:2, Helsinki.
- Hasunen, K. & Rynänen, S. 2006, Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2005:19, Helsinki.
- Helsedirektoratet 2008, Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn, 04/2008 IS-1535.
- Helsedirektoratet 2009, Spedkost 12 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 12 måneder gamle barn, Spedkost 2006-2007, 04/2008 IS-1535.
- Helman, C.G. 2000, Culture, Health and Illness, 4th edn, Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Hoddinott, P., Tappin, D. & Wright, C. 2008, Breast feeding, *British Medical Journal*, vol. 336, no. 7649, pp. 881–887.

- Honigsmann, S. 2008, Breastfeeding in Europe - from the Perspective of an IBCLC Lactation consultant in: Conference abstract book, eds. M. Guorth-Gumber, I. Seirigen, G. Nindl, J. Lauders & N. Porter-field, VELB-ILCA Conference Syllabus, pp. 202–203.
- Hoppu, U. 2005, Maternal diet during breastfeeding, breast milk composition and allergic disease in the infant. Väitöskirja, Turun yliopisto.
- Host, A., Halken, S., Muraro, A., Dreborg, S., Niggemann, B., Aalberse, R., Arshad, S.H., von Berg, A., Carlsen, K.H., Duschon, K., Eigenmann, P.A., Hill, D., Jones, C., Mellon, M., Oldeus, G., Oranje, A., Pascual, C., Prescott, S., Sampson, H., Svartengren, M., Wahn, U., Warner, J.A., Warner, J.O., Vandenplas, Y., Wickman, M. & Zeiger, R.S. 2008, Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children, *Pediatric Allergy and immunology*, vol. 19, no. 1, pp. 1–4.
- Huitti-Malka, R. 2005, Riittääkö maito? Imetyksen toteutumiseen ja kestoon vaikuttavat kulttuuriset tekijät Suomessa. Pro Gradu, Helsingin yliopisto.
- Hultin, H., Opas, R. & Sarna, S. 1977, Imeväisten terveyspalvelut Suomessa 1972–1973 verrattuna vastaavaan toimintaan 1962–1963, Lääkintöhallitus, Helsinki.
- Huumeongelmaisen hoito (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2006. Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Iivarinen, T. 2007, Äitien ja heidän puolisoidensa arviointeja imetysohjauksesta sairaalassa. Pro Gradu, Kuopion yliopisto.
- Ingram, J. & Johnson, D. 2004, A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK, *Midwifery*, vol. 20, no. 4, pp. 367–379.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T. & Lau, J. 2007, Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries, *Evidence report/technology assessment*, vol. (153), no. 153, pp. 1–186.
- Johansson, A.K., Halling, A. & Hermansson, G. 2003, Indoor and outdoor smoking. Impact on child's health. *European Journal of Public Health*, vol. 13, pp. 61–66.
- Kalavainen, M. 1984, Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten ruokintatapojen yhteys seerumin lipiditasoihin. Pro Gradu, Helsingin yliopisto.
- Kramer, M.S., Guo, T., Platt, R.W., Vanilovich, I., Sevkovskaya, Z., Dzikovitch, I., Michalisen, K.F., Dewey, K. & Promotion of Breastfeeding Intervention Trials Study Group 2004, Feeding effects on growth during infancy, *The Journal of Pediatrics*, vol. 145, no. 5, pp. 600–605.
- Kramer, M.S., & Kakuma, R. 2002, Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane database of systematic reviews*, Issue 1. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.
- Kramer, M.S., Matush, L., Vanilovich, I., Platt, R., Bogdanovich, N., Sevkovskaya, Z., Dzikovitch, I., Shishko, G., Mazer, B. & Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group 2007, Effect of prolonged and exclusive breastfeeding on risk of allergy and asthma: cluster randomised trial, *British Medical Journal*, vol. 335, no. 7624, pp. 815.
- Kumpula, M., Lyytikäinen, A. & Poikajärvi, K. 1994, Vauvamyönteinen Keski-Suomi – laatua imetysohjaukseen, *Kättilölehti*, vol. 5, pp. 23–25.
- Kyttälä, P., Ovaskainen, M., Kronberg-Kippilä, C., Erkkola, M., Tapanainen, H., Tuokkola, J., Veijola, R., Simell, O., Knip, M. & Virtanen, S.M. 2008, Lapsen ruokavalio ennen kouluikää, *Kansanterveyslaitos, julkaisuja B32/2008*, Helsinki ja Tampere.
- Lawrence, R.M. & Lawrence, R.A. 2004, Breast milk and infection, *Clinics in Perinatology*, vol. 31, no. 3, pp. 501–528.
- Luck, S. & Sharland, M. 2009, Postnatal cytomegalovirus: innocent bystander or hidden problem? *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, vol. 94, no. 1, pp. F58–64.
- Malm, H., Vähäkangas, K., Enkovaara, A.-L. & Pelkonen, O. 2008, Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana, Lääkelaitos, Helsinki.
- Marild, S., Hansson, S., Jodal, U., Oden, A. & Svedberg, K. 2004, Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection, *Acta Paediatrica*, vol. 93, no. 2, pp. 164–168.
- Mennella, J.A., Yourshaw, L.M. & Morgan, L.K. 2007, Breastfeeding and smoking: short-term effects on infant feeding and

- sleep, *Pediatrics*, vol. 120, no. 3, pp. 497–502.
- Newburg, D.S. & Walker, W.A. 2007, Protection of the Neonate by the Innate Immune System of Developing Gut and of Human Milk, *Pediatric Research*, vol. 61, no. 1, pp. 2–8.
- Nissen, E., Lilja, G., Matthiesen, A.S., Ransjo-Arvidsson, A.B., Uvnas-Moberg, K. & Widstrom, A.M. 1995, Effects of maternal pethidine on infants' developing breast feeding behaviour, *Acta Paediatrica*, vol. 84, no. 2, pp. 140–145.
- O'Brien, M., Buikstra, E. & Hegney, D. 2008, The influence of psychological factors on breastfeeding duration, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 63, no. 4, pp. 397–408.
- Owen, C.G., Whincup, P.H., Kaye, S.J., Martin, R.M., Davey Smith, G., Cook, D.G., Bergstrom, E., Black, S., Wadsworth, M.E., Fall, C.H., Freudenheim, J.L., Nie, J., Huxley, R.R., Kolacek, S., Leeson, C.P., Pearce, M.S., Raitakari, O.T., Lisinen, I., Viikari, J.S., Ravelli, A.C., Rudnicka, A.R., Strachan, D.P. & Williams, S.M. 2008, Does initial breastfeeding lead to lower blood cholesterol in adult life? A quantitative review of the evidence, *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 88, no. 2, pp. 305–314.
- Pakarinen, H. & Priha, L. 1984, Rintaruokintatilanteen kehittyminen Kajaanissa vuosina 1976–81, *Suomen Lääkärilehti*, vol. 39, pp. 109–111.
- Paricio Talayero, J.M., Lizan-Garcia, M., Otero Puime, A., Benlloch Muncharaz, M.J., Beseler Soto, B., Sanchez-Palomares, M., Santos Serrano, L. & Rivera, L.L. 2006, Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life, *Pediatrics*, vol. 118, no. 1, pp. e92–9.
- Patja, K. & Haukkala, A. 2004, Tupakkakertomus 2003, Kansanterveyslaitos, julkaisu-ja B2/2004, Helsinki.
- Philipp, B.L., Merewood, A., Miller, L.W., Chawla, N., Murphy-Smith, M.M., Gomes, J.S., Cimo, S. & Cook, J.T. 2001, Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting, *Pediatrics*, vol. 108, no. 3, pp. 677–681.
- Pisacane, A., Graziano, L., Mazzarella, G., Scarpellino, B. & Zona, G. 1992, Breastfeeding and urinary tract infection, *The Journal of Pediatrics*, vol. 120, no. 1, pp. 87–89.
- Pohjola, A., Alaja, R. & Seppä, K. 2007, Alkoholi ja imetys, *Suomen Lääkärilehti*, vol. 36, pp. 3161–3165.
- Quigley, M.A., Kelly, Y.J. & Sacker, A. 2007, Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study, *Pediatrics*, vol. 119, no. 4, pp. e837–42.
- Rebhan, B., Kohlhuber, M., Schwegler, U., Fromme, H., Abou-Dakn, M. & Koletzko B.V. 2009, Breastfeeding duration and exclusivity associated with infants' health and growth: data from a prospective cohort study in Bavaria, Germany, *Acta Paediatrica*, vol. 98, pp. 974–980.
- Reijneveld, S.A., Lanting, C.I., Crone, M.R. & Van Wouwe, J.P. 2005, Exposure to tobacco smoke and infants crying, *Acta Paediatrica*, vol. 94, pp. 217–221.
- Riordan, J., Gross, A., Angeron, J., Krumwiede, B. & Melin, J. 2000, The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration, *Journal of Human Lactation*, vol. 16, no. 1, pp. 7–12.
- Räsänen, S., Nuutinen, O., Heinonen, K. & Kalavainen, M. 1998, Keskosten ravitsemus imeväisiässä, *Suomen Lääkärilehti*, vol. 53, pp. 267–270.
- Salmi, T. 1944, Imetystiheydestä ja -kestosta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä synnytyslaitos-, poliklinikka- ja neuvola-aineiston valossa, *Duodecim*, vol. 10, pp. 509–534.
- Schanler, R.J. (ed) 2006, Breastfeeding handbook for physicians, American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Schwarz, E.B., Ray, R.M., Stuebe, A.M., Allison, M.A., Ness, R.B., Freiberg, M.S. & Cauley, J.A. 2009, Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease, *Obstetrics and Gynecology*, vol. 113, pp. 974–982.
- Silfverdal, S.A., Ekholm, L. & Bodin, L. 2007, Breastfeeding enhances the antibody response to Hib and Pneumococcal serotype 6B and 14 after vaccination with conjugate vaccines, *Vaccine*, vol. 25, no. 8, pp. 1497–1502.
- Snijders, B.E., Thijs, C., Dagnelie, P.C., Stelma, F.F., Mommers, M., Kummeling, I., Penders, J., van Ree, R. & van den Brandt, P.A. 2007, Breast-feeding duration and infant atopic manifestations, by maternal allergic status, in the first 2 years of

- life (KOALA study), *The Journal of Pediatrics*, vol. 151, no. 4, pp. 347–51, 351. e1–2.
- Snijders, B.E., Thijs, C., van Ree, R. & van den Brandt, P.A. 2008, Age at first introduction of cow milk products and other food products in relation to infant atopic manifestations in the first 2 years of life: the KOALA Birth Cohort Study, *Pediatrics*, vol. 122, no. 1, pp. e115–22.
- Socialstyrelsen 2008, Amning av barn födda 2006. Sveriges officiella statistik. Hälsa och sjukdomar 2008:7.
- Sorkio, S., Cuthbertson, D., Bärlund, S. ym. Breastfeeding Patterns in Mothers with Type 1 Diabetes: Results from an Infant Feeding Trial, lähetetty julkaistavaksi.
- Stakes 2008, Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007, Tilastotiedote 30/2007, 4.11.2008. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2008.
- Stakes 2007, Pohjoismaiset perinataalitilastot – Nordisk perinatal statistik – Perinatal statistics in the Nordic countries. Tilastotiedote 22/2007, 1.11.2007. Terveys 2007.
- Suomen lastenlääkäriyhdistys 2001, Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen lausunto World Health Assemblyn suosituksesta jatkaa rintaruokintaa 2 vuotta tai kauemmin ja yksinomaan 6 kuukauden ikään asti. Saatavilla: [http://www.suomenlastenlaakariyhdistys.fi/suosituksset/rintaruokinta\\_sly.html](http://www.suomenlastenlaakariyhdistys.fi/suosituksset/rintaruokinta_sly.html)
- Swanson, V. & Power, K.G. 2005, Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, no. 3, pp. 272–282.
- Syöpäjärjestöt 2008, Ravitsemussuositukset, Erityissuositus 1 – Rintaruokinta. Saatavilla: [http://www.cancer.fi/ammattilaiset/ravitsemussuositukset/lista-suosituksista/erityissuositus\\_1/](http://www.cancer.fi/ammattilaiset/ravitsemussuositukset/lista-suosituksista/erityissuositus_1/).
- Tarkka, M.T. 1996, Äitiys ja sosiaalinen tuki: ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Väitöskirja, Tampereen yliopisto.
- Tarkka, M.T., Paunonen, M. & Laippala, P. 1999, Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29, no. 1, pp. 113–118.
- Tepora, E., Nurttila, A., Sairanen, S. & Riihelä, J. 1999, Vantaalaisen vauvan äidinmaitokausi vuonna 1997, Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala ja tilasto ja tutkimus -yksikkö, julkaisu ja C:14:1999.
- Vennemann, M.M., Bajanowski, T., Brinkmann, B., Jorch, G., Yücesan, K., Sauerland, C., Mitchell E.A. & GeSID Study Group. 2009, Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*, vol. 123, no. 3, pp. e406–10.
- Verkasalo, M. 1980, Recent trends in breastfeeding in Southern Finland, *Acta Paediatrica Scandinavica*, vol. 69, no. 1, pp. 89–91.
- Verronen, P., Lammi, A., Mäkelä, I., Saarikoski, S., Tamminen, T. & Visakorpi, J.K. 1981, Rintaruokinnan edistäminen synnytyssairaalassa ja lastenneuvolassa, *Duodecim*, vol. 97, pp. 1768–1775.
- Wolfberg, A.J., Michels, K.B., Shields, W., O'Campo, P., Bronner, Y. & Bienstock, J. 2004, Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 191, no. 3, pp. 708–712.
- World Health Organization 2002, The optimal duration of exclusive breastfeeding, report of an expert consultation, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization & UNICEF 2003, Global strategy for infant and young child feeding, Geneva, Switzerland.
- Zutavern, A., Brockow, I., Schaaf, B., von Berg, A., Diez, U., Borte, M., Kraemer, U., Herbarth, O., Behrendt, H., Wichmann, H.E., Heinrich, J. & LISA Study Group 2008, Timing of solid food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis, and food and inhalant sensitization at the age of 6 years: results from the prospective birth cohort study LISA, *Pediatrics*, vol. 121, no. 1, pp. e44–52.
- Zwedberg, S., Wickman, M. & Negussie, B. 2003, Barns uppfödning under BB-tiden i Stockholms läns län. En kartläggning under våren 1999, *Vård i Norden*, no. 23, pp. 21–6.



### 3 VAUVAMYÖNTEISYYSOHJELMA

#### 3.1 Vauvamyönteisyysohjelman tausta, osatekijät ja tilanne Suomessa

1970-luvulla imetyksen vähentyminen ja samanaikainen voimakas teollisten äidinmaidonkorvikkeiden markkinointi johti kehittyvissä maissa pikkulasten aliravitsemuksen, ripulitautien ja lapsikuolleisuuden lisääntymiseen. Samaan aikaan isoissa kansainvälisissä järjestöissä tunnistettiin imetyksen merkitys imeväisten ja pikkulasten terveydelle ja aliravitsemuksen ehkäisijänä. Ensimmäinen merkittävä päätös imetyksen suojelemiseksi tehtiin vuonna 1981, jolloin WHO:n yleiskokous hyväksyi kansainvälisen äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodin. Sen tavoite on suojella imetystä säätelemällä muun muassa äidinmaidonkorvikkeiden markkinointia (ks. luku 1.2).

Vuonna 1989 WHO ja Unicef aloittivat yhteistyössä maailmanlaajuisen Vauvamyönteisyysohjelman (engl. Baby Friendly Hospital Initiative). Sen tavoitteena on imetyksen suojeleminen, edistäminen ja tukeminen kaikissa sellaisissa yksiköissä, joissa hoidetaan raskaana olevia sekä synnyttäviä ja synnyttäneitä äitejä. Kansainvälisen Vauvamyönteisyysohjelman osana julkaistiin vuonna 1991 hoitokäytäntöjen ohjenuoraksi ja arvioinnin pohjaksi kymmenen askeleen ohjelma (engl. Ten Steps for Succesfull Breastfeeding). Kymmenen askeleen ohjelma on käytännönläheinen ohje imetyksen edistämiseksi ja tukemiseksi synnytysyksiköissä (UNICEF 1992). Sittenmin Vauvamyönteisyysohjelma on joissain maissa laajennettu myös lastenneuvoloihin ja sairaaloiden lapsivuodeosastoihin.

WHO on vastikään päivittänyt kansainvälisen Vauvamyönteisyysohjelman (WHO & UNICEF 2009). Vauvamyönteisyysohjelma ja siihen liittyvää ajankoh-taista tietoa on saatavilla internetissä, osoitteessa: <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html>. Sivustoa päivitetään jatkuvasti.

Kansainväliseen Vauvamyönteisyysohjelmaan perustuva toimintamalli julkaistiin Suomessa vuonna 1994 nimellä Vauvamyönteisyysohjelma (Stakes 1994). Sen yhteydessä julkaistiin kymmenen askeleen ohjelma suomeksi.

Vauvamyönteisyysohjelman toinen keskeinen osatekijä on terveydenhuol-lon ammattilaisille suunnattu kansainvälisesti yhtenäinen koulutus. Perustaso on imetysohjaajakoulutus (engl. Breastfeeding management and promotion in a baby friendly hospital. UNICEF/WHO 1992). Seuraava taso on imetysohjaajakoulut-tajakoulutus (engl. Breastfeeding counselling. A training course. UNICEF/WHO 1993). Korkein kansainvälinen imetyksen erityisasiantuntijan ammattitutkinto on IBCLC (engl. International Board Certified Lactation Consultant), jota ylläpitää ja organisoi IBLCE (engl. International Board of Lactation Consultant Examiners).

### Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen

(Unicef 1992, Stakes 1994)

1. Imetyksen edistämisestä on työyhteisössä valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee.
2. Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta.
3. Kaikki odottavat äidit saavat tietoa imetyksen eduista sekä siitä, miten imetys onnistuu.
4. Äitejä autetaan varhaisimetykseen 30–60 minuutin kuluessa synnytuksesta lapsen imemisvalmiuden mukaan.
5. Äitejä opastetaan imetykseen ja maidon erityksen ylläpitämiseen siinäkin tapauksessa, että he joutuvat olemaan erossa lapsestaan.
6. Vastasyntyneelle annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä.
7. Äidit ja lapset saavat olla vierihoidossa 24 tuntia vuorokaudessa.
8. Äitejä kannustetaan lapsentahtiseen (lapsen viestien mukaiseen) imetykseen.
9. Imetetyille vauvoille ei anneta huvitutteja eikä heitä syötetä tuttipullost.
10. Imetystukiryhmien perustamista tuetaan, ja odottavia ja imettäviä äitejä opastetaan niihin.

Lisäksi lääkäreille ja muille kokeneille terveydenhuollon ammattilaisille suunnattua kansainvälistä koulutusta järjestää esimerkiksi Englannissa UCL Institute of Child Health yhteistyössä WHO:n ja Unicefin kanssa (engl. Breastfeeding Practice & Policy Certificate Course). WHO:n ja IBLCE:n järjestämiin koulutuksiin liittyvää ajankohtaista tietoa ja materiaalia saa internetistä, osoitteista [www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/) ja [www.iblce.org](http://www.iblce.org).

Imetysohjaajakoulutus on synnytyssairaala- ja neuvolatyöntekijöille suunnattu koulutus, jonka monet ammattikorkeakoulut sisällyttävät nykyään kätilö- ja terveydenhoitajatutkintoon. Imetysohjaajia on koulutettu arviolta 2 500. Kouluttajakoulutusta tarjotaan täydennyskoulutuksena (ks. luku 6). Imetysohjaajakouluttajat ovat järjestäytyneet verkostoksi (Suomen vauvamyönteisyyskouluttajat ry). Verkosto toteuttaa ja kehittää imetysohjauskoulutusta sekä ohjaa paikallisia toimijoita laadun seurantaan omissa sairaaloissaan ja/tai neuvoloissaan. Lisäksi verkosto valmistelee ja kehittää sairaaloiden ja neuvoloiden vauvamyönteisyysarviointia. Kou-

luttajakoulutus ja sen täydentäjänä kouluttajaverkoston toiminta on ollut keskeinen keino levittää ja ylläpitää Vauvamyönteisyysohjelmaa.

Imetystukiryhmät ovat keskeinen osa synnytysyksikköjen ja avoterveydenhuollon Vauvamyönteisyysohjelmia. Vauvamyönteisyysohjelmaan kuuluvia imetystukiryhmiä on maassamme kokoontunut 1990-luvun vaihteesta alkaen, vanhin yhtäjaksoisesti toiminut ryhmä vuodesta 1994 alkaen Jyväskylässä. Imetyksen tuki ry on organisoinut tukiäitien koulutuksia vuodesta 1999 alkaen (ks. luku 4.11).

Vauvamyönteisyysohjelman kolmas osatekijä on kansainvälinen Vauvamyönteisyyssertifikaatti. Sertifikaatti myönnetään sellaisille yksiköille, joiden hoitokäytännöissä toteutuvat kaikki Vauvamyönteisyysohjelman kymmenen askelta. Synnytysairaaloiden vauvamyönteisyysarviointit on toteutettu maassamme tähän mennessä vapaaehtoisvoimin alan koti- ja ulkomaisten asiantuntijoiden toimesta. Vauvamyönteisyyssertifikaatin on Suomessa saanut neljä sairaalaa vuoteen 2009 mennessä: Västra Nylands sjukhus, Länsi-Uudenmaan sairaala, Tammisaari (1996); Keski-Suomen keskussairaala, Jyväskylä (1997); Vammalan sairaala (1999) ja Salon aluesairaala (2002). Kansainvälinen Vauvamyönteisyysohjelma edellyttää vauvamyönteisten sairaaloiden säännöllistä uudelleenarviointia esimerkiksi kolmen vuoden välein (UNICEF & WHO 2009). Suomessa sairaaloiden uudelleenarviointeja ei ole vuoteen 2009 mennessä toteutettu. Vauvamyönteisyysarviointien ja uudelleenarviointien kehittäminen Suomessa onkin kiireellinen tehtävä (ks. luku 7).

Vauvamyönteisissä sairaaloissa synnyttäneet äidit selviävät imetyksestään paremmin kuin tavanomaisissa sairaaloissa synnyttäneet äidit. Näissä yksiköissä äitien imetysmotivaatio on korkea ja vauvojen täysimetus toteutuu keskimääräistä paremmin (Hannula 2003).

## 3.2 Vauvamyönteisyysohjelman toteutuminen Suomessa vuonna 2008

Suomessa oli vuonna 2008 kaikkiaan 34 synnytys sairaalaa, joissa työskenteli synnytysprosessin eri vaiheissa yhteensä 2 055 hoitotyöntekijää. Imetyksen asiantuntijaryhmä lähetti kaikille Suomen synnytys sairaaloille kyselyn Vauvamyönteisyysohjelman toteutumisesta keväällä 2008. Kyselyllä haluttiin selvittää imetyksen edistämisen suunnitelmallisuutta ja henkilökunnan imetysohjausosaamista. Tietoja pyydettiin synnytysyksiköiden sekä vastasyntyneiden valvonta- ja teho-osastojen hoitohenkilökunnan imetysohjauskoulutuksesta ja lääkäreiden saamasta, imetykseen liittyvästä lisäkoulutuksesta. Kysely osoitettiin synnytys sairaaloiden hoitotyön johtajille. Jokaisesta 34 synnytys sairaalasta saatiin vastaukset.

Suurimassa osassa synnytysyksiköitä oli laadittu kirjallinen imetyksen edistämisen toimintasuunnitelma, mutta vain 44 % synnytysyksiköistä järjesti koko hen-



TAULUKKO 3. Imetyksen edistäminen Suomen synnytyssairaaloissa. Henkilökunnan saama imetysohjaaja- ja imetysohjaajakouluttajakoulutus sekä IBCLC-tutkinnon suorittaneet. Tilanne keväällä 2008. Synnytyssairaalakohtaiset tiedot on esitetty liitetaulukoissa 2 ja 3.

Koulutus	Synnytysyksiköiden henkilökunta (N = 2 055)	Vastasyntyneiden valvonta/teho-osastojen henkilökunta (N = 807)
Imetysohjaajakoulutus	83,3 %	28 %
Imetysohjaajakouluttajakoulutus	3,6 %	0,5 %
IBCLC-tutkinto	0,1 %	ei tietoa

kilokunnalle säännöllistä täydennyskoulutusta imetyksen edistämiseksi (liitetaulukko 1). Vauvamyönteisyysohjelmassa yksi arvioitava kohde on henkilökunnalle järjestettävä ja toimintasuunnitelman edellyttämä koulutus. Koulutuksen on sisällettävä kymmenen askeleen ohjelmasta vähintään kahdeksan askelta.

Synnytysyksiköiden hoitohenkilökunnasta suurin osa oli saanut imetysohjaajakoulutuksen (taulukko 3). Yli puolet synnytyssairaaloista oli järjestänyt imetysohjaajakoulutusta ja vajaa puolet täydennyskoulutusta. Sairaaloiden itse järjestämän imetysohjaajakoulutuksen oli saanut 57 % synnytysyksiköiden hoitotyöntekijöistä. Synnytyssairaaloiden yhteydessä toimivista vastasyntyneiden valvonta- ja teho-osastojen hoitohenkilökunnasta lähes kolmannes oli saanut imetysohjaajakoulutuksen. Imetysohjaajakouluttajakoulutuksen ja IBCLC-tutkinnon suorittaneita on vielä vähän (liitetaulukko 2). Yhdessätoista synnytyssairaalassa ei ollut yhtään imetysohjaajakouluttajakoulutuksen saanutta (lisäksi kolmesta ei tietoa). Lääkäreistä 12 oli saanut lisäkoulutusta imetyksestä ja yksi lääkäri oli suorittanut IBCLC-tutkinnon.

### 3.3 Vauvamyönteisyysohjelman laajentaminen avoterveydenhuoltoon

EU:n projekti imetyksen edistämiseksi suosittelee Vauvamyönteisyysohjelman laajentamista avoterveydenhuoltoon (EU 2004). Useissa maissa (esim. Norja, Iso-Britannia, Uusi-Seelanti, Kanada) onkin laadittu vauvamyönteisyyden edistämisen askeleita myös avoterveydenhuollon käyttöön (ks. esim. [www.babyfriendly.org.uk](http://www.babyfriendly.org.uk)). Suomessa äitiys- ja lastenneuvolat eri puolilla maata ovat laatineet imetyksen edistämisen suunnitelmia osana oman toiminnan kehittämistään, mutta valtakunnallisesti yhtenäisiä linjoja neuvoloiden vauvamyönteisyydestä ei ole luotu. Tässä toimintaohjelmassa esitetään Ison-Britannian ja Norjan malliin pohjautuvat kansalliseen muotoon sovelletut imetyksen edistämisen askeleet äitiys- ja lastenneuvo-

laiden käyttöön. Askeleet on esitetty liitteessä 2 (Kuusisto & Otronen 2009, luonnos). Askeleet koostuvat seitsemästä kohdasta, jotka ovat

- 1) kirjallinen imetyksen toimintasuunnitelma
- 2) henkilökunnan koulutus ja asiantuntemuksen ylläpito
- 3) odottavien perheiden imetysohjaus
- 4) imetyksen tukeminen ja maidonerityksen ylläpito
- 5) täysimetyksen tukeminen ja kiinteän ravinnon aloittaminen imetyksen suojassa
- 6) imetyksmyönteisen ilmapiirin luominen
- 7) imetystuen varmistaminen.

## Lähteet

EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2004. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action, European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment 2004, Luxembourg

Hannula, L. 2003, Imetysnäkömökset ja imetyksen toteutuminen: suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Väitöskirja, Turun yliopisto.

Kuusisto, R. & Otronen, K. 2009, Neuvolan seitsemän askelta – imetyksen edistämi-

nen avoterveydenhuollossa. Luonnos, Helsinki.

Stakes 1994, Vauvamyönteisyysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan kehittämiseen, Stakes, Helsinki.

UNICEF 1992, The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative. UNICEF Guidelines, New York.

World Health Organization & UNICEF 2009, Baby Friendly Hospital Initiative, Revised, Updated and Expanded for Integrated Care, Geneva, Switzerland.

## 4 IMETYKSEN EDISTÄMINEN JA TUKEMINEN

### 4.1 Johdanto

Imetyksen edistäminen edellyttää lasta odottavan perheen tukemista ja ohjaamista aina raskausajalta lähtien. Imetyksen tukeminen on osa lapsen ja vanhempien hyvinvoinnin tukemisen kokonaisuutta, ja aiheena se on luonteva osa perheille annettavaa terveysneuvontaa. Imetyksen edistämiseksi suomalaisella neuvolajärjestelmällä on merkittävä rooli, jota ei ole hyödynnetty täysin. Neuvola tavoittaa lähes kaikki (99,7 %) odottavat äidit (Stakes 2007) ja lapset (99,5 %) syntymästä koulun aloittamiseen asti (Leino ym. 2007), joten terveydenhoitajien ja kättilöjen sekä neuvolassa toimivien lääkärin valmiuksilla ja asenteilla edistää ja tukea imetystä on keskeinen merkitys. Imetysohjauskäytännöt vaihtelevat työntekijäkohtaisesti, kuten valtakunnallisissa neuvolaselvityksissä vuosina 2005 ja 2008 on käynyt esille (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Raskausaikana äitiysneuvolassa annettu imetysohjaus lisää äitien tietoja imetyksen hyödyistä, motivoi äitejä täysimettämään sekä vahvistaa heidän itseluottamustaan vauvansa hoi-vaajana. Synnytyksen jälkeen imetysohjaus jatkuu synnytyssairaalassa. Sairaalan vauvamyönteinen toimintatapa eli ”Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen” -kriteerien noudattaminen yhdistettynä riittävään ohjaukseen lisää imetystä selkeästi. Synnytyssairaalasta kotiutumisen jälkeen on tärkeää varmistua imetystuen jatkumisesta. Lastenneuvoloilla on tässä tehtävässä keskeisin rooli. Lisäksi tarvitaan paikallisesti luotu imetyksen hoitoketju (kuvio 4), jossa on yhteistyössä neuvoloiden ja synnytyssairaaloiden kesken sovittu imetyksen tukemisen vastuut ja työnjako sekä varmistettu perheiden mahdollisuudet saada apua imetyksen ongelmatilanteissa.

Synnytyssairaaloiden ja neuvoloiden välistä yhteistyötä tulee tiivistää. Yhteistyö ja riittävä tiedonkulku ovat tarpeellisia etenkin silloin, kun raskausaikana ilmenee mahdollisia imetykseen liittyviä riskitekijöitä tai imetyksessä ilmenee ongelmia synnytyssairaalassa.

Tutkimusten mukaan puoliso on imettävän äidin tärkein tukija. Imetysohjauksessa tuleekin jo raskausajasta lähtien huomioida myös heidät. Päätös imettämisestä tehdään yleensä jo odotusaikana. On tärkeää, että vanhemmat saavat näyttöönsä perus-



KUVIO 4. Imetyksen edistäminen ja tukeminen.

tuva tietoa päätöksenteon tueksi. Imetysohjauksen tulee olla vanhempien omia voimavaroja tukevaa. Imetystä edistävät hoitokäytännöt on hyvä perustella ja kysymyksille olisi jätettävä tilaa. Erityisenä haasteena on kaventaa imetyksen sosioekonomisia eroja.

Tehostettua ohjausta kohdennetaan erityistä tukea tarvitseville perheille kuten ensisynnyttäjille, teinivanhemmille, maahanmuuttajille ja monikulttuurisille perheille, yksin lasta odottaville naisille, tupakoitsijoille sekä äideille, joiden aikaisemmissa imetyksissä on ollut ongelmia tai imetys jäänyt lyhyeksi.

Imetyksen tukeminen edellyttää terveydenhuollon työntekijöiltä riittäviä tietoja imetyksen hyödyistä ja peruserätyksistä sekä käytännön imetysohjaustaitoja. Kaikilla vauvaperheiden kanssa työskentelevillä tulisi olla vähintään imetysohjaajan koulutus. Myös omaehtoista kouluttautumista pitää tukea. Työntekijöillä tulee olla mahdollisuus syventää tietämystään seuraamalla imetykseen liittyvää ammatikirjallisuutta ja osallistumalla koulutuksiin. Lisäksi tarvitaan riittäviä resursseja imetysohjauksen käytännön toteuttamiseen sekä terveyden edistämistyöstä vastaavan johdon sitoutumista imetyksen tukemiseen. Organisaation imetysmyönteisyyden tulisi näkyä hoitotyössä sen jokaisella tasolla, päätöksenteosta aina käytännön pieniin toimenpiteisiin ja ohjaustilanteisiin saakka. Niinpä toimintaohjelman jalkauttaminen terveydenhuollon päivittäisiin käytäntöihin vaatii kaikkien osapuolien sitoutumista, yhteisten pelisääntöjen noudattamista ja vastuutahojen määrittämistä.

Tavoitteena on, että imetyksen edistämässä ja tukemisessa käytetään menetelmiä, joiden vaikuttavuudesta on näyttöä. EU-projektin tutkimuskatsauksessa tehtiin johtopäätöksiä vaikuttavista menetelmistä (EU 2008):

- Usean näyttöön perustuvan menetelmän ja strategian yhdistelmällä on toisiaan tukevaa synergististä vaikutusta.
- Vertaistukiohjelmat lisäävät monipuolisten menetelmien vaikuttavuutta; vertaistuellalla on vaikutusta erityisesti imetyksen kestoon ja täysimetykseen.
- Monen eri vaiheessa (raskaus, synnytyssairaala ja lapsivuodeaika) ja eri tavoin tapahtuvan edistämistoimenpiteen vaikuttavuus on parempi kuin yhteen aika-vaiheeseen rajoittuvan tukitoimenpiteen. Vauvamyönteisyysohjelman vaikuttavuus on osoitettu ja sen käyttö on erittäin suositeltavaa.
- Terveydenhuollon toimenpiteet ovat erityisen vaikuttavia, kun käytetään eri tapojen yhdistelmää: henkilöstön kouluttamista, imetyksen koordinaattorin rekrytoimista, kirjallista informaatiota henkilöstölle ja asiakkaille sekä vierihoidon järjestelmää.
- Terveysneuvonnan menetelmät ovat vaikuttavia vain, jos nykykäytännöt ja opetuksen sisällöt vastaavat toisiaan.
- Kirjallisen aineiston jakaminen ilman suullista ohjausta ei ole vaikuttavaa.
- Avoterveydenhuoltoon laajennettujen Vauvamyönteisyysohjelmien vaikuttavuutta ei ole toistaiseksi (2009) arvioitu, mutta ne perustuvat usean menetelmän yhdistelmään, jotka on todettu näyttöön perustuviksi.

## 4.2 Imetysohjaus äitiysneuvolassa

Raskaudenaikaisen imetysohjauksen toteutumisesta ja sisällöstä ei ole olemassa kattavaa seurantatietoa. Todennäköisesti raskausajan imetysohjauskäytännöt vaihtelevat varsin paljon alueittain ja toimipisteittäin. Kansallisen neuvolaselivityksen mukaan tiedetään, että neuvolat järjestävät raskaudenaikaista perhevalmennusta

ensisynnyttäjille tavallisimmin 4–6 kertaa raskauden aikana (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Uudelleensynnyttäjille perhevalmennusta tarjotaan harvoin. Imetysasioiden sisältymisestä perhevalmennuksiin ei ole kattavaa tietoa.

Imetysohjaus aloitetaan raskauden aikana äitiysneuvolan vastaanottokäynnillä ja perhevalmennuksessa. Raskaudenaikainen imetysohjaus toteutetaan Neuvolan seitsemän askelta: imetyksen edistäminen avoterveydenhuollossa -ohjelman pohjalta luotujen yhtenäisten linjausten mukaisesti. Ohjauksessa vahvistetaan tutkimusten osoittamia imetyksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä, esimerkiksi tietoja, itsetuntoa, terveitä elämäntapoja ja sosiaalista tukea (ks. luku 2.5). Ohjaus toteutetaan yksilöllisesti äidin ja perheen tarpeiden mukaisesti. Tarpeiden tunnistaminen aloitetaan ensimmäisellä käynnillä. Silloin keskustellaan äidin ja hänen puolisonsa imetystä koskevista käsityksistä, suunnitelmista ja kysymyksistä sekä mahdollisista aikaisemmista kokemuksista. Samassa yhteydessä kartoitetaan imetyksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät ja ennakoidaan, ketkä voivat tarvita lisätukea. Tutkimusten mukaan erityisryhmät hyötyvät heille räätälöidystä tuesta (Hannula ym. 2008). Äidin sairauksien ja niihin liittyvien lääkitysten ja mahdollisen rintaleikkauksen selvittäminen ja tietojen välittäminen neuvolasta synnytys-sairaalaan on tärkeää. Jos on tiedossa imetystä estäviä seikkoja, vanhemmille tarjotaan tietoa vastasyntyneen vaihtoehtoisista ravitsemustavoista.

Tutkimusten mukaan yksilöohjaus ja sen lisäksi annettu kirjallinen aineisto imetyksestä vaikuttavat myönteisesti imetyksen aloittamiseen ja jatkumiseen (EU 2008). Ohjauksen tulisi olla rohkaisevaa ja mielenkiintoa herättävää. Sen tulisi auttaa vanhempia ymmärtämään imetyksen merkitys ja heidän omat mahdollisuutensa vaikuttaa vauvan terveyteen ja hyvinvointiin. Imetyksen terveydelliset edut motivoivat isiä imetyksen tukijoiksi. Perhettä voi myös vahvistaa tieto, että alun opetteluvaiheen jälkeen imetetty vauva on usein helppohoitoinen ja tyytyväinen.

Vertaistuen vahvistamiseksi raskausajan imetysohjausta kannattaa toteuttaa yksilöohjauksen lisäksi myös ryhmäohjauksena esimerkiksi perhevalmennuksen yhteydessä ja synnytys-sairaalan tutustumiskäynnillä. Hyviä kokemuksia raskaudenaikaisesta imetysvalmennuksesta on saatu vuorovaikutteisesti ja vapamuotoisesti toteutetuista pienryhmistä (Fairbank ym. 2000, de Oliveira ym. 2001, Hannula ym. 2008). Uusi asetus (380/2009) neuvolatoiminnasta velvoittaa järjestämään perhevalmennusta ainakin ensisynnyttäjille. Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee neuvolan terveydenhoitajan kotikäyntiä jo raskausaikana, jolloin imetyksestä olisi mahdollista keskustella luontevasti kotiympäristössä (STM 2008a). Myös puolisoilla on tällöin parempi mahdollisuus osallistua keskusteluun. Uuden asetuksen mukaan kotikäynti ensisynnyttäjän luokse on järjestettävä joko ennen tai jälkeen synnytyksen.

Seuraavat aiheet tulee sisällyttää raskausajan imetysohjaukseen:

## **Imetysohjaus neuvolassa ja perhevalmennuksessa**

Imetysohjaus alkaa jo raskauden aikana. Perheen kanssa keskustellaan mielikuvista vauvasta ja imetyksestä sekä kartoitetaan imetykseen vaikuttavat tekijät. Perheen tukiverkosto on merkityksellinen. Seuraavat asiat käsitellään raskauden aikana esimerkiksi perhevalmennuksessa:

### **Imetyksen edut**

- terveysvaikutukset vauvalle ja äidille
- ravitsemuksellinen merkitys
- sitoutuminen ja vuorovaikutus äidin ja vauvan välillä
- taloudelliset ja ekologiset hyödyt

### **Imetyksen peruseriaatteet**

- ihokontakti synnytyksen jälkeen
- varhaisen ensi-imetyksen tärkeys
- vierihoidon merkitys imetyksen aloittamisessa
- lapsentahtinen imetus
- maidoneritykseen vaikuttavat asiat
- imetysasento ja imemisote
- yksinomainen imetus (tutin välttäminen, kunnes imemisote on oikea, tarpeettoman lisäruoan välttäminen ensimmäisinä kuukausina )
- tavallisimpien imetysongelmien ennaltaehkäisy
- rintojen hoito

### **Imetyssuosituks**

- imetyksen aloittaminen mahdollisimman varhain eli vauvan ollessa noin yhden tunnin ikäinen
- yksinomainen imetus pääsääntöisesti ensimmäiset kuusi kuukautta, poikkeuksena pienipainoiset ja ennenaikaisena syntyneet
- lisäruokien aloittaminen yksilöllisesti, noin kuuden kuukauden iässä
- imetyksen jatkaminen yhden vuoden ikään asti

### **Puoliso imetyksen tukijana**

#### **10 askeleen ohjelman esittely**

#### **Synnytyssairaalan hoitokäytännöt**

#### **WHO:n kansainvälinen äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodi**

Äitiysneuvolan työntekijöiden tulisi pyrkiä käytäntöön, jossa hoitotyön lähe- te tehdään synnytyssairaalan kättilöille jo raskauden aikana silloin, kun imetyk- sen onnistumiseen liittyy erityispelejä tai riskejä. Kaikkia odottavia äitejä on hy- vä kannustaa osallistumaan imetystukiryhmään raskauden viimeisinä kuukausina. Vauvaperhe tai imettävä äiti voidaan pyytää vierailulle myös neuvolan perheval- mennukseen.

#### *Toimenpiteet:*

- Terveyskeskukset laativat yhtenäiset, näyttöön perustuvat ohjeet perheille ras- kauden aikana annettavasta imetysohjauksesta sekä nimeävät henkilön vas- taamaan ohjeiden toteutumisen seurannasta. Ohjeet perustuvat Neuvolan seitsemän askelta: imetyksen edistäminen avoterveydenhuollossa -ohjelmaan (liite 2) sekä alueen synnytyssairaaloiden kanssa sovittuihin yhtenäisiin käy- täntöihin.
- Imetysohjausta toteutetaan määräaikaisten terveystarkastusten yhteydessä yk- silö- ja mahdollisuuksien mukaan ryhmäohjauksena sekä perhevalmennuk- sessa. Ohjauksessa huomioidaan molemmat vanhemmat.
- Raskausaikana tunnistetaan erityistä tukea tarvitsevat perheet, ja heille tarjo- taan tehostettua imetysohjausta.

## 4.3 Imetysohjaus synnytyssairaalassa

Synnytyssairaalan hoitokäytännöillä ja imetysohjauksella on merkittävä vaiku- tus imetyksen käynnistymiseen ja täysimetykseen (Sikorski ym. 2003, Britton ym. 2007). Katsaustutkimusten mukaan WHO:n kymmenen askeleen mukainen hoi- tokäytäntö tukee imetyksen käynnistymistä sairaalavaiheessa (Fairbank ym. 2000, Hannula ym. 2008). Imetyksen jatkumisen todennäköisyys on suurempi niillä äi- deillä, jotka synnyttävät vauvamyönteisessä sairaalassa. Mitä tarkemmin kymmen- tä askelta noudatetaan, sitä todennäköisempää on imetyksen jatkuminen. Ensi- imetyksen viivästyminen ja korvikkeen anto lisäruokana lisäävät riskiä imetyksen varhaiseen lopettamiseen (Merten ym. 2005). Ihokontakti ja ensi-imetys synnytys- salissa sekä kokoaikainen vierihoito ehkäisevät lisämaidon antoa ja edistävät täysi- metystä (Socialstyrelsen 2002, Merten ym. 2005, Anderson ym. 2004, Ekström ym. 2003a, Hannula 2003, Fairbank ym. 2000). Lisämaidon antamisen perusteet ja käy- tännöt vaihtelevat sairaaloittain. Käytäntöjen yhtenäistäminen on tarpeen imetyk- sen edistämiseksi. Yhtenäisten käytäntöjen saavuttamiseksi tarvitaan laaja-alaista keskustelua ja valtakunnallista koordinaatiota. Tässä toimintaohjelmassa esitetty liite 1B on esimerkki lisämaidon antamisen perusteista HYKS:n Vauvamyönteis- syysohjelmassa ([www.hus.fi/vauvamyonteisyys](http://www.hus.fi/vauvamyonteisyys)).



Täysimetyksen tukeminen vaatii hoitajien sitoutumista vauvamyönteiseen toimintatapaan. Englannissa todettiin, että vaikka sairaalat olivat sitoutuneet noudattamaan WHO:n Vauvamyönteisyysohjelman suosituksia, useat kättilöt jättivät ne huomioimatta, jos eivät itse hyväksyneet niitä (Furber & Thomson 2006). Näytöön perustuvat hoitosuosituksot koettiin usein liian rajoittaviksi. Kättilöt perustelivat suositusten vastaisen toimintansa äitien väsymyksellä sekä huolella heidän hyvinvoinnistaan. Hoitajien mielestä hyvin harvoilla äideillä maito ei riitä (Gagnon ym. 2005). On mahdollista, että väsyneet ja rasittuneet kättilöt päätyvät ehdottamaan lisämaidon antoa, koska he eivät jaksu tukea väsynyttä ja kipeää äitiä imetyksessä (Cloherty ym. 2004).

Kansainvälinen imetykonsulttien yhdistys ILCA (engl. International Lactation Consultant Association) on määritellyt imetyksen varhaisvaiheen hoito- ja ohjauskäytännöt, jotka perustuvat tutkimusnäyttöön: varhainen ihokontakti, ensi-imetus, imetyksentojen ohjaus, vauvan imemisotteen tarkastaminen, ympärivuorokautinen vierihoito, lapsentahtinen imetus sekä täysimetus (vältetään tarpeetonta lisäruoan, tuttien ja pullojen käyttöä) (ILCA 2005).

Imetysohjaus alkaa synnytyssalissa, jossa vauvan tulisi antaa olla häiriintymättömässä ihokontaktissa ensi-imetykseen saakka. Ensi-imetyksessä autetaan äitiä tämän yksilöllisen tarpeen mukaan. Vanhempia opetetaan havainnoimaan ja vastaamaan vauvan varhaisiin nälkäviesteihin. Äitejä ohjataan imettämään vauvaa vähintään kahdeksan kertaa vuorokaudessa. Tämä toteutuu parhaiten, kun äidit pitävät vauvaa vierihoidossa. Ihokontaktissa tapahtuvien imetysten on todettu tukevan imetyksen käynnistymistä erityisesti silloin, jos imetyksessä on ollut ongelmia (Anderson ym. 2004). Äideille opetetaan keskeiset asiat maidonerityksen edellytyksistä ja maidon riittävyyden arvioinnista.

#### **Vauvan saaman maidon riittävyyttä voidaan arvioida seuraavasti:**

- Vauvan painonnousu on riittävä: paino laskee ensipäivinä keskimäärin seitsemän prosenttia syntymäpainosta. Syntymäpaino saavutetaan uudelleen noin kymmenen vuorokauden (viimeistään 14 vrk:n) iässä. Painon kääntynyt nousuun se lisääntyy vähintään 150 g viikossa ensimmäisen puolen vuoden ajan.
- Vauva ulostaa aluksi vähintään kerran päivässä.
- Ensipäivien jälkeen ulosteet ovat vaalean keltaisia, vellimäisiä ja makeahkon hajuisia (jos maitoa tulee runsaasti, ulosteet voivat olla keltaisen vetisiä).
- Ensipäivien jälkeen vaippoja kastuu noin viisi kappaletta vuorokaudessa.
- Vauvalla ei näy kuivumisen merkkejä, eli iho on kimmoista ja suun limakalvot kosteat ja punaiset.
- Vauvalla on hyvä imemisote, hän imee voimakkaasti ja nielee maitoa kuuluvasti.
- Vauva on tyytyväinen imetyksen loppuessa.
- Vauvan yleisvointi ja vireystila ovat normaalit.

Äitejä ohjataan välttämään tutteja ja pulloja imetyksen varhaisvaiheessa, sillä tutin tai pullon käyttö voi haitata oikean imemisotteen oppimista ja voi vähentää rinnan saamaa imemisärsykettä ja äidin maitomäärää (Victora ym. 1997, Righard 1998, Aarts ym. 1999). Tiheä imeminen ja ihokontakti ennaltaehkäisevät myös rintojen pakkautumista maidon nousuvaiheessa (Hill & Humenick 1994). On myös tärkeää, että äidit osaavat tarvittaessa herätellä uneliasta vauvaa syömään.

Synnytyssairaalassa annetun imetysohjauksen tulisi olla luonnollinen jatkumo äitiysneuvolan imetysohjaukselle. Koko sairaalahoidon ajan perhettä ohjataan imetyksessä yksilöllisen tarpeen mukaan. Tavoitteena on, että perhe selviytyy vauvan tahtisesta hoivasta ja imetyksestä mahdollisimman hyvin kotiuduttuaan. Hoitajan on kyettävä tunnistamaan erityisen tuen tarve ja pystyttävä antamaan riskiäideille tehostettua tukea ja ohjausta (ks. luku 2.5). Äidit, joilla on suurentunut imetysongelmien riski, hyötyvät selkeästi lisätuesta. Synnytyssairaalan imetysohjauksessa tulee vahvistaa äitien itseluottamusta ja voimavaroja. On tärkeää, että äiti saa realistisen kuvan imetyksen käynnistymisestä ja vastasyntyneen tarpeista. Imetysohjaukseen kannattaa varata aikaa sairaalassa (ILCA 2005).

Lyhentyneet synnytyksen jälkeiset hoitoajat asettavat haasteita synnytyssairaalan imetysohjaukselle. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen valinneet perheet kotiutuvat yleensä 12–48 tunnin kuluttua synnytyksestä. Lyhentyneistä sairaalassaoloajoista huolimatta imetysohjauksen tulisi olla laadukasta ja yksilölliset tarpeet huomioivaa. Tavoitteena on, että tässä lyhyessäkin ajassa perheet saisivat imetykseen liittyvän tiedon ja ohjauksen kotona selviytymisen tueksi. Varhainen kotiutuminen voi joissain tapauksissa olla imetyksen kannalta suotuisaa (Boulvain ym. 2004). Esimerkiksi lapsentahtinen imetys voi olla helpompaa kotona tutussa ympäristössä verrattuna sairaalaympäristöön. Toisaalta etenkin ensisynnyttäjien kohdalla varhainen kotiuttaminen voi lisätä riskiä vastasyntyneen kuivumalle, minkä vuoksi lapsen voinnin tiheä seuranta kotiutumisen jälkeen on tärkeää (Järvenpää 2002, American Academy of Pediatrics 2004, Tammela 2008). Ammattitaitoisen terveydenhoitohenkilön kontakti pitäisikin varmistaa aina, kun äiti kotiutuu varhain.

Äidit oppivat auttamaan vauvaa rinnalle ja tarkkailemaan vauvan imemisotetta varmemmin, jos hoitaja ohjaa heitä sanallisesti ja tarvittaessa havainnollistamalla (ns. hands off -ohjaus). Tavoitteena on, että äidin imetykseen liittyvät tiedot ja imetyksen tekninen osaaminen lisääntyvät sairaalassa. Se, että hoitaja auttaa (ns. hands on -ohjaus) vauvaa syömään rinnalle ei välttämättä lisää äidin osaamista (Hannula ym. 2008). ”Kädestä pitäen” -ohjausta käytetään tilanteissa, jossa verbaalinen ohjaus ei tuota tulosta ja äiti sitä pyytää. Hoitajan tulisi tehdä imetystilanteen havainnointi muutaman kerran vuorokaudessa ja ongelmatilanteissa useammin sekä ennen kotiinlähtöä.

Läheisten positiivinen suhtautuminen imetykseen on yhteydessä imetyksen jatkumiseen, ja läheisten apu, tuen ja arvostuksen osoitus on äideille tärkeää. Olisi suotavaa, että myös perheenjäsenet olisivat ohjauksessa mukana mahdollisuuksien mukaan (Ekström ym. 2003b, Wolfberg ym. 2004, Swanson & Power 2005).

Tiedetään, että imetyksestä enemmän tietävät puoliset yleensä suhtautuvat hyvin myönteisesti imetykseen (Dennis 2002). Siksi puolisoiden imetystietoja kannattaa lisätä. Äitien, joilla ei ole puolisoa tai muuta tukiverkostoa kotona, tulisi voida olla sairaalassa niin kauan, että maito ehtii nousta ja imetys käynnistyä kunnolla. Äidin niin toivoessa perhehuone tulisi voida jakaa myös jonkun muun äidille läheisen tukihenkilön kanssa.

*Toimenpiteet:*

- Synnytyssairaalat laativat yhtenäiset, näyttöön perustuvat ohjeet perheille annettavasta imetysohjauksesta (esimerkki liitteessä 1A). Ohjeet perustuvat WHO:n Vauvamyönteisyysohjelman kymmeneen askeleeseen.
- Synnytyssairaalat tarkistavat lisämaidon antamisen käytännöt ja laativat yhtenäiset kriteerit lisämaidon antamisen perusteista (esimerkki liitteessä 1B). Lisämaidon antamisen perustelut kerrotaan vanhemmille ja kirjataan neuvolakorttiin.
- Imetyksen toteutuminen ja jatko-ohjauksen tarve kirjataan kotiutumisvaiheessa tehtyyn lapsen seurantasuunnitelmaan tai neuvolakorttiin.
- Perheille annetaan ohjeet siitä, mistä saa imetystukea sitä tarvittaessa.

## 4.4 Imetysohjaus lastenneuvolassa

Onnistuminen imetyksessä edellyttää jo raskausaikana äidin ja perheen valmistamista tulevaan imetykseen, yhtenäisiä ohjauskäytäntöjä sekä tiivistä tukea perheelle etenkin ensimmäisinä viikkoina lapsen syntymän jälkeen. Neuvolassa ja synnytyssairaalassa annetun imetysohjauksen tulisi olla johdonmukaista ja samansuuntaista. Yhteistyötä ja vuoropuhelua tulee ylläpitää aktiivisesti.

Lämmin, empaattinen ja kannustava vuorovaikutus vahvistavaa ja motivoi äitiä imetykseen. Tarvittaessa myös lähellä olevien ihmisten, kuten puolison ja isovanhempien, informointi imetyksen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä ja nykyisistä suosituksista voivat auttaa äitiä imetyksessä. Puutteelliset tiedot imetyksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä johtavat siihen, että myös imetys voidaan kokea vaikeaksi. Olisikin tärkeää lisätä tietoisuutta siitä, että imetyksen toteutumiseen voidaan vaikuttaa, ja tähän on olemassa tutkittuja keinoja. Neuvolan imetysohjauksessa tukea tulee suunnata erityisesti niille äideille, joilla on suuri todennäköisyys imetyksen varhaiseen lopettamiseen (ks. luku 2.5). Tukemalla imetystä vahvistetaan äidin identiteettiä ja pystyvyyden kokemusta. Lisäksi on tärkeää korostaa puolison merkitystä ja mahdollisuuksia imetyksen tukemisessa (ks. luku 4.9). Vauvan tyytyväisyys vaikuttaa molempien vanhempien tyydytyksen kokemukseen.

Neuvolan antama tuki imetykselle on erityisen merkittävää vauvan ensimmäisten elinkuukausien aikana. Täysimetykseen pyrkiminen asettaa erityisiä haasteita ensimmäisen kuukauden imetysohjaukselle. Neuvolan terveydenhoitajan tai kätilön on suositeltavaa ottaa kontakti vastasyntyneen perheeseen 1–3 päivän kuluessa kotiutumisesta, viimeistään kuitenkin vauvan ollessa noin viikon ikäinen, ja sopia kotikäynnistä. Keväällä 2007 tehdyn selvityksen mukaan synnytyksen jälkeisiä kotikäyntejä ensi- ja uudelleensynnyttäjille tehtiin äitiysneuvolasta käsin lähes kaikissa terveyskeskuksissa (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Kotikäynnillä tulee aina konkreettisesti tarkistaa imetyksen sujuminen eli imemisote, imetysasento ja rintojen kunto. Lisäksi tulee varmistaa, että vanhemmat tunnistavat riittävän maidonsaannin merkit (ks. luku 4.3), lapsen varhaiset nälkäviestit ja ymmärtävät lapsentahtisen imetyksen merkityksen. Huomiota on tarpeen kiinnittää myös vauvan vointiin ja painoon sekä vanhempien jaksamiseen.

Ensimmäisen kuukauden aikana imetystä voivat haitata vauvan saama runsas lisämaito joko synnytyssairaalassa tai kotona, rintaongelmat (pakkautunut rinta, rintatulehdus), kannustuksen, tietojen ja taitojen puute sekä liian harvat käynnit neuvolassa (STM 2004). Vaikka imetysongelmat ensimmäisen kuukauden aikana ovat varsin tavallisia, suurin osa niistä olisi ehkäistävissä ja helposti korjattavissa (ks. luku 4.6). Imettävä äiti luulee herkästi, ettei maitoa muodostu riittävästi ja lisämaidon anto on yleistä. Siksi on tärkeää, että vauvaperheille kerrotaan, mitkä asiat vaikuttavat maidon erittymiseen ja miten vauvasta näkee, että hän saa tarpeeksi maitoa. Imettävä äiti voi kohdata sukulaisten, ystävien ja jopa ammattihenkilöiden taholta epäilyjä maidon riittävydestä ja vähättelyä imetyksen tärkeydestä. Terveydenhoitajan tulee aktiivisesti tukea imetystä perheen toiveiden mukaisesti lapsen kasvua ja kehitystä seuraten sekä huomioida perheen jaksaminen.

Imemiseen liittyy kehitysvaiheita, jotka poikkeavat toisistaan selvästi. Noin 2–4 kuukauden iässä imeminen muuttuu refleksinomaisesta tahdonalaiseksi. Tässä iässä vauvan voi olla vaikea keskittyä syömiseen, jos ympäristö on kovin virikkeellinen. Vanhemmat tulkitsevat tämän vaiheen usein rinnan hylkimiseksi, vaikka kyse on normaalista kehitysvaiheesta. Ajallisesti tämä kehitysvaihe osuu samaan kohtaan, jossa monilla imetys loppuu kokonaan.

Kolmen–viiden kuukauden ikäisen lapsen imetyksessä haasteena on täysimetyksen jatkuminen. Lapsen imemistiheys on yleensä muuttunut ensi kuukausista ja tiheät yöheräilyt ovat tavallisia. Kasvukäyrien oikein tulkitseminen vaatii perehtymistä imeväisen kasvutapaan. Perheillä on selvästikin paineita lisäruokien aloittamiseen neljän kuukauden iässä vaikka lapsi kasvaisi ja kehittyisi hyvin. Vanhemmilla ei aina ole tietoa täysimetyksen eduista ja lisäksi ympäristön epäilyt äidinmaidon riittävydestä tässä vaiheessa aiheuttavat epävarmuutta imettäväsä äidissä. Terveydenhoitajalla on merkittävä rooli äidin itsetunnon ja tiedon vahvistajana.

Noin puolivuotias vauva alkaa imetyksen ohessa maistella kiinteitä ruokia. On tärkeää tukea imetystä tässä vaiheessa ja muistaa, että maito on lapsen merkittävä energian ja suojatekijöiden lähde ensimmäisen ikävuoden aikana.

Selvitysten mukaan suurimmalla osalla imetys loppuu kokonaan ennen lapsen kahdeksan kuukauden ikää (Hasunen & Ryyänen 2006). Haasteita 8–12 kuukauden ikäisen vauvan imetykselle asettavat vauvan mahdollinen yöheräily ja äidin jaksaminen, vieroitusasiat ja äidin työhön lähtö. Imetyksen tukeminen tässä vaiheessa edellyttää terveydenhoitajalta äidin ja lapsen suhteen kunnioittamista ja imetyksen arvostamista. Terveydenhoitajan luoma hyväksyvä ilmapiiri vastaanotolla kannustaa äitiä imettämään ja tekemään itsenäisiä ratkaisuja yöimetyksen jatkamisesta tai lopettamisesta sekä vieroittamisesta. Riittävä imetysohjaus olisi varmistettava etenkin silloin, jos äiti toivoo imetyksen jatkuvan ongelmista huolimatta.

Jos imettävä äiti tulee uudelleen raskaaksi ja imetys aiheuttaa kivuliaita supistuksia keskiraskauden jälkeen tai raskauteen liittyy muita riskejä, on imetys syytä lopettaa. Muussa tapauksessa imetyksen jatkamiselle ei ole esteitä raskauden aikana. Imetys raskausaikana ei lisää keskenmenon riskiä. Raskaudenaikaiset hormonimuutokset aiheuttavat kuitenkin maidon määrän vähenemistä ja rintojen aritusta, jotka todennäköisesti vaikuttavat myös imetykseen (Koskinen 2008).

Imetykseen liittyviä asioita on luontevaa käsitellä vanhempien muodostamissa vertaisryhmissä. Esimerkiksi lastenneuvolaoppaassa suositellaan perhevalmennuksen laajentamista vertaisryhmätoiminnaksi, jossa perheet kokoontuvat säännöllisesti raskausajalta lähtien ja synnytyksen jälkeen, yhteensä 6–8 kertaa ensimmäisen vuoden aikana (STM 2004, STM 2007). Neuvoloiden ja kolmannen sektorin imetystoimijoiden välistä yhteistyötä tulisi myös lisätä. Neuvolat voivat esimerkiksi tiedottaa asiakkailleen alueella toimivista kolmannen sektorin tarjoamista imetystukimuodoista ja vertaistukitoiminnasta (ks. luku 4.11).

## Täysimetetyn lapsen kasvu

Imetettyjen lasten pituuskasvu on korvikeruokittuja hitaampaa kolmen kuukauden iästä lähtien aina yksivuotiaaksi saakka, jonka jälkeen pituuskäyrät ovat yhtenevät. Pituuspaino ei rintalapsilla kuitenkaan vähene, eli painon lisääntyminen on pituuskasvun mukaista. (Salmenperä ym. 1985). Pituuskasvun hidastuminen ja suhteellisen pituuden pieneneminen 3–12 kuukauden iässä on hyväksyttävää, jos lapsi vaikuttaa terveeltä, on aktiivinen ja hänen ihonalainen rasvakerroksensa sekä pituuskohtainen painonsa ovat normaalit eikä pituuskasvu riko kasvuseulassa määriteltyjä suhteellisen pituuden muutosrajoja. Rintamaidon määrä ja energiapitoisuus (lähinnä rasvapitoisuus) vaihtelevat yksilöllisesti niin, että joillakin äideillä imetys ei tukitoimista huolimatta riitä ylläpitämään kasvuseulan mukaisesti mää-

riteltyä normaalia kasvua, vaan tarvitaan lisäruokaa (Salmenperä 1997). Yksilöllinen kasvun arvioiminen ja kasvuseulan käyttö on siten tärkeää.

Suomessa käytössä olevat suomalaisten lasten kasvukäyrät perustuvat vuosina 1959–71 syntyneiden lasten kasvutietoihin (Sorva ym. 1985) Tänä aikana imetys oli huomattavasti vähäisempää kuin nykyään (kuvio 1). Alle viidesosa äideistä imetti kuusi kuukautta ja täysimetys, etenkin pitkään jatkuva, oli harvinaista ja korvike-ruokinta yleistä. Uudistettu suomalainen kasvustandardi valmistuu vuoden 2010 aikana ja kasvuseula uudistetaan tämän jälkeen lähivuosina (Dunkel, Leo, henkilökohtainen tiedonanto). Suomalaisten lasten kasvukäyrien käyttö täysimetetyn lapsen kasvun seurannassa edellyttää täysimetetyn lapsen kasvun ominaispiirteiden ymmärtämistä, jotta välttyään turhalta huolelta ja tarpeettomilta tutkimuksilta.

WHO julkaisi keväällä 2006 kasvustandardin, joka syntyi The WHO Multi-centre Growth Reference Study (MGRS) -tutkimuksen tuloksena vuosina 1997–2003 (WHO 2006, [www.who.int/childgrowth](http://www.who.int/childgrowth)). WHO:n kasvustandardin perustana olivat terveiden, tupakoimattomien äitien täysiaikaisena syntyneet lapset, joita oli täysimetetty 4–6 kk ja imetystä oli jatkettu vuoden ikään. Suomessa tätä WHO:n julkaisemaa imetettyjen lasten kasvustandardia ei ole otettu kansalliseen käyttöön ensisijaisesti siksi, että se ei sisällä kannanottoa hyväksyttävistä suhteellisen pituuden ja painon muutoksista (kasvuseulaa).

#### *Toimenpiteet:*

- Terveyskeskukset laativat yhtenäiset, näyttöön perustuvat ohjeet perheille annettavasta imeväisajan imetysohjauksesta sekä nimeävät henkilön vastaamaan ohjeiden toteutumisen seurannasta. Ohjeet perustuvat Neuvolan seitsemän askelta: imetyksen edistäminen avoterveydenhuollossa -ohjelmaan (liite 2) sekä alueen synnytyssairaaloiden kanssa sovittuihin yhtenäisiin käytäntöihin.
- Terveystenhoitaja tai kätilö ottaa yhteyttä vastasyntyneen perheeseen 1–3 päivän kuluttua kotiutumisesta ja sopii kotikäynnistä.
- Imetysohjauksessa pyritään tunnistamaan erityistä tukea tarvitsevat perheet ja heidän ohjaukseensa panostetaan. Tukikeinoja ovat esimerkiksi lisäkäynnit neuvolassa, vertaistuki, puhelintuki, ryhmätapaamiset ja imetysohjaajan kotikäynnit perheen luona.
- Terveystenhoitaja varmistaa imetyksen sujumisen jokaisen neuvolakäynnin ja kotikäynnin yhteydessä.
- Neuvola antaa ohjausta tavallisimmissa imetysongelmissa.
- Neuvolassa seurataan lapsen kasvua ja terveyttä yksilöllisesti huomioiden erot täysimetetyn ja pulloruokitun lapsen kasvussa.
- Neuvola informoi perheitä alueella toimivista imetystukiryhmistä.
- Neuvolan terveydenhoitaja ohjaa perheen tarvittaessa alueella toimivalle imetyspoliklinikalle tai imetyksen asiantuntijan vastaanotolle.

## 4.5 Imetys ja suun terveys

Imetys on edullista suun ja hampaiston terveille kehitykselle. Imetys stimuloi leukojen kasvua ja purentalihasten ihanteellista kehittymistä. Lisäksi se hyödyttää purennan varhaiskehitystä (Wainio ym. 1999).

Pitkään, yli 1,5 vuotta, jatkuvalla imetyksellä saattaa olla yhteyttä lapsen kariesriskiin. Reikiintymistä aiheuttavat bakteerit eivät sinänsä pysty käyttämään äidinmaidon laktoosia niin nopeasti kuin tavallista sokeria, sillä äidinmaidon antibakteeriset ja entsyymaattiset aineet estävät laktoosin hajoamisen suussa. Jos lasta imetetään pitkään, etenkin öisin, ja lisäksi lapsen ruokavalioon kuuluu runsaasti sokeria sisältäviä tuotteita ja fluorin käytössä on puutteita, nämä edesauttavat reikiintymistä. (Kämäräinen & Alaluusua 2005, Mizoguchi ym. 2003.) Sen sijaan purennallisia haittoja ei juuri ole todettu, vaikka imetys jatkuisi pitkäänkin.

Kaiken kaikkiaan imetyksen edut suun terveydelle ovat niin selvät, että imetyksen pituuteen puuttumisen sijaan on parempi korostaa bakteeritartunnan ehkäisyä, terveellistä ja säännöllistä ruokailua, sekä fluorin käyttöä. Yhtenäisen ohjauksen varmistamiseksi suun terveyden ammattilaisten ja neuvolan yhteistyö on tärkeää.

### *Toimenpiteet:*

- Hammashoitolassa annettu ohjaus on perhelähtöistä ja imetysmyönteistä.
- Hammashoitolan perhevalmennuksen osuudessa tuodaan esiin imetyksen suotuisat vaikutukset purennan ja kasvojen lihasten kehitykseen.
- Neuvolat ohjaavat pitkään imettävät perheet hammashoitolaan erityistä suuhygienian opastusta varten.

## 4.6 Tuki ja ohjaus ongelmatilanteissa

Tutkimusten mukaan suurella osalla äideistä on jossain vaiheessa imetystä ongelmia (Verronen 1988, Tepora ym. 1999, Hannula 2003). Imetyksen alkuvaiheen ongelmat ovat yleistyneet viime vuosien aikana (Hasunen & Rynnänen 2006). Hoitamattomina ne johtavat herkästi imetyksen loppumiseen. Ensimmäiset viikot imetyksessä ovat haasteellisia, koska sopeutuminen äitiyteen ja lapsen tarpeisiin vastaamiseen on vielä kesken. Tiheät imetykset ja vauvan levottomuus aiheuttavat helposti epävarmuutta maidon riittävydestä. Vaikeudet voivat johtua myös puutteellisista ja ristiriitaisista ohjaus- ja hoitokäytännöistä. Alkuvaiheen ongelmat vaikuttavat eniten äidin itseluottamukseen, koska ensimmäisten viikkojen aikana äiti luo mielikuvaa itsestään äitinä ja lapsensa ravinnon antajana (Koskinen 2008).

Rintamaidon riittämättömyys tai loppuminen on yleisimpiä syitä imetyksen varhaiseen päättymiseen (Verronen 1988, Hannula 2003, Hasunen & Rynnänen



2006). Erilaiset rintaongelmat, kuten aristavat rinnanpääät ja pakkautunut rinta, ovat niin ikään yleisiä ongelmia. Suurin osa alkuvaiheen ongelmista on ehkäistävissä ja helposti korjattavissa, kunhan kiinnitetään huomiota hoitokäytäntöihin synnytyssairaaloissa ja imetysohjaukseen ensimmäisten viikkojen aikana (Renfrew ym. 2000). Neuvoloissa tulisi olla valmiudet antaa apua yleisimmissä ongelmatilanteissa eli silloin, kun vauvan imemisotetta tai -tekniikkaa voidaan korjata tai äidillä on rinnanpään aristusta, haava tai tiehyttukos. Terveystenhoitajan tulisi osata auttaa myös vauvan kasvuun ja painonnousuun liittyvissä ongelmissa tai kun on herännyt epäily rintamaidon riittävydestä ja myös silloin, kun perheen toiveissa on täysimetys ja lisämaidosta luopuminen.

Apua imetysongelmiin on saatavilla liian vähän, ja apu on vaikeasti löydettävissä. Terveystenhuollosta puuttuu imetysohjauksen hoitoketju perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä. Ammattimaista imetystukea tarjotaan harvoilla paikkakunnilla. Sille olisi kuitenkin kysyntää. Esimerkiksi Imetyksen tuki ry:n ylläpitämään tukipuhelimeen soittaneista arviolta 12 % olisi tarvinnut ongelmaansa ammattimaista asiantuntija-apua. Tuen antamista ongelmatilanteissa pitääkin tehostaa, jotta imetystavoitteet saavutetaan Suomessa.

Asiantuntijatasoista apua tarvitaan silloin, kun on ongelmia keskosien imetyksessä, vauva saa runsaasti lisämaitoa ja kun äidillä tai lapsella on sairaus tai muu syy, joka vaikeuttaa imetystä. Vastasyntyneen syömisvaikeudet ovat yleisiä ennenaikaisesti syntyneillä, mutta niitä voi esiintyä myös täysiaikaisilla vauvoilla esimerkiksi silloin, kun vauvalla on kireä kielijänne tai suun motoriikan häiriö (Wolf & Glass 1993, Arvedson & Brodsky 2002). On tärkeää, että syömishäiriö tunnustetaan synnytyssairaalassa ennen perheen kotiuttamista ja että perhe saa asianmukaiset ohjeet imetykseen, maidon lypsämiseen ja tarvittaessa pulloruokintaan lapsen ravitsemuksen turvaamiseksi. Syömishäiriön syy tulisi pyrkiä selvittämään mahdollisimman pian (Palmer ym. 1993). Osa puheterapeuteista on koulutautunut ratkaisemaan näitä ongelmia ja heidän asiantuntemuksensa syömisongelmien hoidossa on arvokasta. Syömishäiriö aiheuttaa vastasyntyneen vanhemmille lähes poikkeuksetta paljon huolta. Asianmukaiset vastaukset kysymyksiin ovat tärkeitä. Ne myös lieventävät turhaa syyllisyyttä. Äidin olisi tärkeä voida käsitellä tunteitaan ja mahdollista pettymystään tilanteessa, jossa imettäminen tai täysimetys ei onnistu vauvan syömisvaikeuden vuoksi äidin vahvasta imetysmotivaatiosta huolimatta.

Asiantuntijatasoista apua on saatavilla niissä synnytyssairaaloissa, joissa työskentelee imetysohjaajakouluttajakoulutuksen saaneita kättilöitä. Hyviä kokemuksia on saatu synnytyssairaaloiden yhteydessä toimivilta imetyspoliklinikoilta, jonne äiti on voitu neuvolasta lähettää imetysongelman selvittelyyn. Liitteessä 3 on esitetty Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin imetyspoliklinikan toimintatapa ja asiakkaan hoitopolku. Alueellisten hoitopolkujen suunnittelu tulee aina tehdä avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Koska avun täytyy olla lähellä asiakasta ja nopeasti saatavilla, tulee paikkakuntaakohtaisesti harkita paras tapa nopean avun järjestämiseksi perheille. Näin ollen esimerkiksi imetyspoliklinikoita tai



imetyksen asiantuntijan vastaanottoja voidaan järjestää synnytyssairaaloiden lisäksi myös neuvoloiden yhteyteen.

Terveysdenhuollon ammattilaiset voivat vaihtaa kokemuksiaan ja tietojaan sekä vahvistaa osaamistaan imetysohjaajakouluttajakoulutuksessa, imetysohjaajakouluttajien verkostotapaamisissa sekä konsultoimalla tarvittaessa synnytys-sairaalan tai imetyspoliklinikan asiantuntijoita tai IBCLC-tutkinnon suorittanutta henkilöä.

#### *Toimenpiteet:*

- Sairaanhoidopiirit luovat alueelliset hoitopolut nopean avun (1–3 pv) järjestämiseksi perheille imetysongelmissa.
- Sairaanhoidopiirit järjestävät vauvaperheitä työssään kohtaavalle henkilökunnalle imetyksen asiantuntijan konsultaatiomahdollisuuden.

## 4.7 Kun äiti tai lapsi sairastaa

Imeväisikäisiä tai heidän äitejään hoitavien lääkäreiden ja hoitajien tulee tuntee maidon muodostumisen ja ylläpitämisen perusasiat. Tarvittaessa voidaan konsultoida imetyksen asiantuntijaa. Terveysdenhuollon henkilöstön tulee tukea imetystä äidin tai lapsen sairastaessa ja ottaa se huomioon sairauden hoidon suunnittelussa. Yksiköissä, joissa hoidetaan pieniä lapsia, tulee olla koko henkilökunnan tuntema imetyksen edistämisen ja turvaamisen suunnitelma. Henkilökunnan tulee lisäksi saada säännöllistä koulutusta laadukkaan imetysohjauksen varmistamiseksi.

Jos äiti tai imeväinen joutuu jäämään sairaalahoitoon, on ensisijaisena pyrkimyksenä oltava vierihoidon järjestäminen. Jos se ei ole sairauden tai hoidon laadun vuoksi mahdollista, on äidille järjestettävä sähkökäyttöinen rintapumppu. Samalla tehdään yksilöllinen suunnitelma siitä, missä syöttö, maidonsäilytys ja välinehuolto tapahtuvat asianmukaisella tavalla. Tapauskohtaisesti sovitaan lastenlääkärin kanssa maidon käytöstä ja sen mahdollisesta pastöroinnista ennen käyttöä. Äidin tulee saada viettää mahdollisimman paljon aikaa sairaan lapsensa seurassa. Sairaalan tulisi tarjota imettävälle äidille yöpymismahdollisuus sairaalassa ja mahdollisuus potilasruokailuun tai ateriointiin henkilökuntaravintolassa.

Imettävän äidin joutuminen sairaalahoitoon on raskas kokemus koko perheelle. Jotta imetys voisi jatkua, on vältettävä kaikkea turhaa äidin ja lapsen erottamista ja turvattava läheisyys ja imetys. Nykyinen avohoidusuuntaus mahdollistaakin lapsen ja äidin yhdessä pitämisen. Imetyksen jatkaminen äidin ollessa sairaalassa vaatii henkilökunnalta perehtymistä imetykseen yleensä ja imetysohjaukseen sekä yhteistyötä synnytys- ja lastenosastojen kanssa. Imeväisen vauvan ja äidin yhdessä oleminen tulisi turvata myös silloin, kun äiti ei itse kykene hoitamaan lastaan. Täl-

löin lapsen hoidosta voi vastata sairaalassa toinen aikuinen. Vaihtoehtoisesti lapsi voidaan tuoda säännöllisesti äidin luo imetystä varten.

Hyvin harvat äidin sairaudet ovat vasta-aihe imetykselle (ks. luku 2.1). Lääkityksestä olisi keskusteltava hoitavan lääkärin kanssa jo ennen synnytystä, jos äidillä on pitkäaikaissairaus. Akuuteissa sairauksissa pyritään löytämään ne hoitokeinot, jotka häiritsevät mahdollisimman vähän imetystä.

#### *Toimenpiteet:*

- Sairaita imeväisikäisiä hoitavissa yksiköissä laaditaan imetyksen edistämisen suunnitelma, johon sisältyy henkilökunnan tarvitsema imetysohjauskoulutus.
- Jos äiti tai imeväinen joutuu jäämään sairaalahoitoon, on ensisijaisena pyrkimyksenä vierihoidon järjestäminen.
- Jos vastasyntynyt ei pysty itse imemään, on äiti ohjattava aloittamaan lypsäminen varhain, kuuden tunnin kuluessa synnytyksestä.
- Imeväisikäisiä lapsia tai synnyttäneitä naisia hoitavissa sairaaloissa on käytössä tarpeellinen määrä sähkökäyttöisiä rintapumppuja.
- Imetetyn lapsen ollessa sairaalahoidossa sairaala tarjoaa äidille mahdollisuuden yöpymiseen lapsen kanssa ja ruokailuun sairaalassa.
- Imettävän äidin lääkityksen suunnittelussa lähtökohtana on imetyksen jatkuminen.
- Imeväisen vauvan ja äidin yhdessä oleminen turvataan myös silloin, kun äiti ei itse kykene hoitamaan lastaan. Tällöin vauvan hoidosta voi vastata sairaalassa toinen aikuinen.

## 4.8 Ennenaikaisena syntyneen lapsen imetys

1980- ja 90-luvuilla tehtyjen suomalaisten selvitysten mukaan ennenaikaisia lapsia imetettiin vähemmän ja lyhyempään kuin täysiaikaisia (Räisänen ym. 1998). Tuoreita suomalaisia tutkimuksia ei ole. Käytännön tuntuma kuitenkin on, että imetysopastuksen ja Vauvamyönteisyysohjelman yleistymisen myötä myös keskosten äidit imettävät lastaan useammin kotiutumisvaiheessa kuin 10–20 vuotta sitten.

Keskosena syntyneen lapsen imetyksen aloitus vaatii lapsen vanhemmilta ja hoitohenkilökunnalta tavallista enemmän tietoa, taitoa ja kärsivällisyyttä. Vauva ei välttämättä pääse äidin rinnalle pian syntymän jälkeen. Sekä äiti että vauva voivat olla sairaita ja huonokuntoisia, jolloin imetys ei ole heti mahdollista.

Imetystä suositellaan keskosille samoin periaattein kuin täysiaikaisille. Rintamaito soveltuu erinomaisesti keskosten ravinnoksi, koska se tukee kehittymätöntä ruoansulatusta ja suoliston toimintaa (Schanler 2007). Imetyksen hyödyt ennenaikaisille lapsille liittyvät eniten infektioiden vähenemiseen. Oman äidin rintamaito vähentää ennenaikaisen lapsen sairastumista vakaviin infektioihin tehohoidon

aikana (Schanler 2007) ja suolistotulehdukseen (Ip ym. 2007, Meinzen-Derr ym. 2009). Kotiutuksen jälkeen jatkunut imetys vähentää tyttökeskosten riskiä joutua myöhemmin imeväisenä sairaalahoitoon hengitystietulehdusten takia (Klein ym. 2008). On myös viitteitä siitä, että imetettyjen keskosten kognitiivinen kehitys on parempaa kuin korvikkeella ruokittujen, mutta laajassa meta-analyysissä tästä ei saatu selvää varmistusta (Ip ym. 2007). Ennenaikaisten lasten äidit imettävät harvemmin ja lyhyempään kuin täysiaikaisten lasten äidit (Donath & Amir 2008). Syitä on monia, joista osa on yhteydessä lapseen ja osa äitiin.

Ennenaikaisella lapsella on imemis- ja nielemisrefleksi 29 raskausviikon iästä lähtien. Viikolta 31 lähtien lapsi osaa jo imeä pidempään ja niellä maitoa toistuvasti. Hengityksen säätely imemisen aikana ei ole kehittynyt kaikilla tässä iässä. Imetyksen aloitus ja toteutuminen riippuvat paljon lapsen ja äidin muista sairauksista. Täysimetys on mahdollista 35. raskausviikon tienoilla ja yleensä 38 viikon ikään mennessä (Nyqvist 2008). Pikkukeskosten eli alle 1 500 g:n painoisina syntyneiden ja pienikokoisina raskausviikkoihin nähden syntyneiden keskosten (SGA) kohdalla pyrkimys täysimetykseen ei aina ole tarkoituksenmukaista. Tällöin korostuu tutki osittaisimetykseen. Äitien maidoneritys on hitaampaa ennenaikaisen synnytyksen jälkeen täysiaikaiseen verrattuna. Tärkein syy on se, että lapsi ei pysty imemään tehokkaasti rintaa ja edistämään siten maidon herumista. Mikään rintapumppu ei tuota samanlaista imemisärsykettä kuin täysiaikainen lapsi. Lisäksi huoli ennenaikaisen lapsen voinnista voi vaikuttaa huomattavasti maidoneritykseen.

Vauvamyönteisyysohjelmaa voidaan soveltaa myös ennenaikaisiin lapsiin. Varhaisella ihokontaktilla syntymän jälkeen on suotuisa vaikutus maidoneritykseen. Ihokontaktia voidaan jatkaa kenguruhoitona sairaalassa ja vielä kotona. Kenguruhoito edistää imetystä (Moore ym. 2007, Conde-Aquelo ym. 2003). Lapsi oppii ihokontaktissa vähitellen suuntautumaan haju- ja makukokemusten kautta nännipihan alueelle ja opettelee imemistä. Kenguruhoito vakiinnuttaa lapsen hengitystä ja rauhoittaa lasta, jolloin imetystapahtumaan keskittyminen paranee. Lapsen voinnista riippuen ennenaikaiselle vauvalle voidaan tarjota rintaa aluksi vaikka muutaman päivän välein, mutta voinnin kohentuessa useamman kerran päivässä. Näin menetellen jopa 41 % hyvin ennenaikaisista lapsista imetetään vielä puolen vuoden iässä (Åkerström ym. 2007).

Kun vauva ei vielä pysty itse imemään, äiti on ohjattava aloittamaan lypsäminen varhain, kuuden tunnin kuluessa synnytyksestä. Lypsää tulee 8–12 kertaa vuorokaudessa, vähintään yhden kerran yöllä. Ensimmäisinä päivinä lypsäminen on hyvä tehdä käsin. Sähkökäyttöinen pumppu otetaan käyttöön vasta, kun maitomäärä alkaa lisääntyä (3. tai 4. päivänä). Äidin käytössä olisi hyvä olla pumppu, jolla voi lypsää molemmat rinnat yhtä aikaa. Tämä ns. kaksosefekti tehostaa maidonmuodostusta. Joissakin tapauksissa rintamaidon eritystä voidaan lisätä tilapäisesti äidille 7–10 vrk:n ajan annetulla metoklopramidilla. Sen vaikutus perustuu prolaktiinihormonin erityksen lisääntymiseen osalla käyttäjistä (Kauppila ym. 1983). Oman maidon antamisella letkusta, pullosta tai rinnasta on suuri merkitys kesko-

sen äidille. Maidon lypsäminen ja imettäminen ovat konkreettisia asioita, joita äiti voi tehdä lapsensa hyväksi vauvan sairaalahoidon aikana. Maidon lypsäminen ja imettäminen voivat vahvistaa merkittävästi äidin sidettä lapseensa ja tukea varhais- ta vuorovaikutusta, ja siksi niihin tulisi erityisesti kannustaa.

Sairaalan hoitohenkilökunnan kannustava ja ymmärtävä suhtautuminen en- nenaikaisen lapsen synnyttäneeseen äitiin ja imetykseen ovat perustavia imetyk- sen onnistumiseksi. Ohjauksessa tulee huomioida myös puoliso ja muut läheiset, jotka voivat tukea imetystä. Keskosen imettäminen vaatii äidiltä huomattavaa si- toutumista ja aikaa, sillä täysiaikaiseen verrattuna ennenaikainen lapsi syö vielä kotiutumisen jälkeenkin tiheämmin, imetystapahtuma on lyhyempi ja lapsi vä- syy nopeammin rinnalla. Erityisesti pikkukeskosilla on usein epäkypsyydestä ai- heutuvia ongelmia imemistekniikassa ja rytmityksessä. Osa puheterapeuteista on kouluttautunut ratkaisemaan näitä ongelmia ja heidän asiantuntemuksensa pikku- keskosen imetysohjauksessa on arvokasta. Niin ikään on varmistettava riittävä tie- donkulku sairaalasta neuvolaan. Lapsen seurantasuunnitelmasta tulee käydä ilmi imetystavoitteet ja -ongelmat, ravintolisät ja kiinteän ruoan aloittamissuunnitelma.

Suomalaisissa sairaaloissa äidin lypsämä maito annetaan ennenaikaiselle tuo- remaitona ilman lämpökäsittelyä. Sitä voidaan myös pakastaa ja käyttää suoraan sulatettuna ja niukasti lämmitettynä. Aivan nuorimmille, alle 28. raskausviikolla syntyneille keskosille annettu oman äidin maito voidaan tapauskohtaisesti pastö- roida sytomegalovirusinfektioriskin vuoksi (Capretti ym. 2009, Luck & Sharland 2009). Rintamaidon pastörointi inaktivoi viruksen ja poistaa pienten keskosten sairastumisen riskin, mutta vähentää maidon immunologisia ja ravitsemukselli- sia ominaisuuksia (Luck & Sharland 2009). Pikkukeskoset tarvitsevat lisäravinteita kasvun ja luuston kehittymiseen sekä anemian ehkäisyyn. Nämä proteiini-mi- neraalilisät aloitetaan sairaalassa runsaan viikon iässä, kun lapsi on ensin saanut pelkkää rintamaitoa ja hänen vatsansa kestää maitoaterioita. Lisäykset ja tavoitteet, samoin kuin niiden kesto, suunnitellaan yksilöllisesti. Pikkukeskosten rintamaidon vahvistusta jatketaan yksilöllisesti joko 40 raskausviikon ikään tai siihen asti, kun- nes he alkavat saada soseruokia, noin 3–4 kuukauden iässä. Lisärautaa myöhäisa- nemian ehkäisemiseksi suositellaan kaikille alle 2 500 g painoisina syntyneille lap- sille noin kuukauden iästä vuoden ikään (Järvenpää & Luukkainen 2006).

Keskosvanhempien yhdistys Kevyt on julkaissut imetykseen liittyvän kirjasen keskosvanhemmille ja hoitohenkilökunnalle. Oppaan tarkoitus on kertoa, että äi- dinmaidon antaminen keskoselle on mahdollista eri keinoin. Lisäksi siinä anne- taan tietoa ja välineitä keskosvauvan osittaiseenkin imettämiseen (Keskosvanhem- pien yhdistys Kevyt 2007).

#### *Toimenpiteet:*

- Keskosvauvoja hoitavissa yksiköissä laaditaan imetyksen edistämisen suunni- telma, johon sisältyy henkilökunnan tarvitsema imetysohjauskoulutus.

- Henkilökunta kannustaa ja tukee keskosvauvojen perheitä imetykseen. Vanhemmille annetaan ajantasaista tietoa keskosten imetyksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä kuten ihokontaktista ja kenguruhoidosta, sekä käytännön neuvoja imetyksen käynnistämiseen ja ylläpitämiseen.
- Kun vauva ei vielä pysty itse imemään, äiti on ohjattava aloittamaan lypsäminen varhain, kuuden tunnin kuluessa synnytyksestä. Lisäksi mahdollistetaan sairaalatasoisen rintapumpun hankkiminen kotiin lapsen sairaalahoidon ajaksi. Keskoselleen maitoa tuovalle äidille tarjotaan mahdollisuus maksuttomaan ruokailuun sairaalassa.
- Ennen kotiuttamista vanhemmille annetaan tarvittaessa ohjeita imetyksen tehostamisesta ja rintamaidon määrän lisäämisestä sekä vastaavasti lisämaidon turvallisesta vähentämisestä.
- Kun keskosvauvan täysimetus ei ole mahdollista, henkilökunta tukee lapsen osittaisimetystä.
- Synnytyssairaalan ja neuvolan henkilökunta informoi vanhempia imetyksen vertaistukiryhmistä ja tukea antavista tahoista.

## 4.9 Puolison ja muiden läheisten tuki vauvan hoidossa ja imetyksessä

Vielä muutama vuosikymmen sitten Suomessa miesten ei ollut tapana osallistua lapsen odotukseen, synnytykseen ja vastasyntyneen lapsen hoitoon. Monissa synnytyspaikoissa ei ollut edes tapana päästää isää mukaan synnytykseen. Isiä on valmennettu synnytykseen 1970-luvulta, mutta etenkin 1980-luvulta lähtien he ovat olleet yhä useammin mukana synnytyksessä ja molemmat puoliset ovat jakaneet hoitovastuuta heti lapsen syntymästä saakka. Tähän ovat kannustaneet niin neuvolatyön uudet työmuodot kuin isyys- ja vanhempainvapaajärjestelmä.

Puolisolla on suuri merkitys imetyksen onnistumiseen. Äitien mielestä oma mies on tärkeimpiä imetyksen tukijoita (Shepherd ym. 2000). Vastasyntyneen lapsen ja kummankin vanhemman välille voi alusta lähtien muodostua luonnollinen ja monitasoinen sidos, jos myös puoliso osallistuu lapsen hoivaamiseen. Vanhempien tehtävät ovatkin toisiaan täydentävät. Äidillä varhaisvaiheessa imetus ja ihokontaktissa olo vie suuren osan ensipäiviä. Puoliso hoivaa ja tyynnyttelee vauvaa, ja voi huolehtia vauvan kylvetyksistä ja vaipanvaihtoista. Puolison asenne imetykseen vaikuttaa naisten imetysaikeisiin (Arora ym. 2000) ja se on tärkein vaikuttaja äidin päätökseen aloittaa imetus (Bar-Yam & Darby 1997, Susin ym. 1999). Miehillä tai perheille suunnattu koulutus imetyksestä ja imetysongelmien hoidosta lisää puoli vuotta kestävää täysimetyä (Pisacane ym. 2005).

Suomalaiset miehet pitävät imetystä tärkeänä ja haluavat tukea vaimoaan imetyksessä. Heidän suhtautumisensa imetykseen on hyvin myönteistä eikä nykyisiä

suosituksia vähäisemmän imettämisen pitäisi johtua ainakaan suomalaismiesten kielteisistä asenteista. Synnytyssairaalassa kyselyyn vastanneista isistä kaikki olivat tyytyväisiä siitä, että heidän vaimonsa imetti, ja 95 % isistä piti äidinmaitoa korviketta terveellisempänä. (Hannula 2003.)

Useimmat odottavat äidit toivovat puolisoidensa osallistuvan perhevalmennukseen, synnytykseen ja lasten hoitoon. Myös isät osallistuvat niihin yleensä mielellään. Koettu perheenisäys merkitsee isille kodin rakentumista ja rakentamista. Se tuottaa sekä iloa ja onnea että myös huolta ja vastuuta. Laadullisen väitöskirjatutkimuksen mukaan isät kokivat odottavan perheen kohtaamiset ja hoidon neuvolassa ja synnytyssairaalassa äitisuuntautuneeksi ja arvokkaaksi, mutta isät ohittavaksi. Isien mielestä perhevalmennuksen ohjaus imetyksestä ja siihen liittyvistä ongelmista oli puutteellista ja he kaipaivat niistä lisätietoa. (Mesiäislehto-Soukka 2005.) Tuoreen selvityksen mukaan isien tukeminen neuvoloissa on kehittynyt kuitenkin myönteiseen suuntaan (STM 2008b). Jotkut isät tuntevat itsensä ulkopuoliseksi imetyksen aikana (Jordan & Wall 1993). Äiditkin kokevat usein saavansa liian vähän tietoa puolison mahdollisuudesta toimia imetyksen tukihenkilönä.

Suomalaistutkimuksessa valtaosa isistä, 79 %, koki tukeneensa puolisoa imetystä niin synnytyssairaalassa kuin kotonakin (Hannula 2003). Puolison imetystä tuettiin monella tavalla. Vastauksissa korostui henkisen tuen ja kannustuksen antaminen, mutta miehet auttoivat puolisoaan myös konkreettisesti. Isät kertoivat hoitaneensa vauvan ensin imetystä varten ja auttaneensa vaimoaan hyvän imetysasennon löytämisessä. Kotona puoliset ilmoittivat auttaneensa kotitöissä, lastenhoidossa ja antamalla äidille tilaisuuden levätä. Osa miehistä ilmoitti hoitavansa puolisoaan ja huolehtivansa hänen ravinnonsaannistaan ja fyysisestä hyvinvoinnistaan. Keskeisiä imetystä tukevia asioita olivat myös häiriöttömän ja miellyttävän ilmapiirin luominen kotiin sekä tukeminen ongelmatilanteissa.

Tutkimukset osoittavat, että molemmat puoliset pitävät yleensä imetystä tärkeänä ja että molemmat vanhemmat voivat vaikuttaa sen onnistumiseen. Myös äidit pitävät puolisoa myönteistä suhtautumista ja puolisoa antamaa tukea erittäin tärkeänä imetyksen onnistumiselle (Hannula 2003).

Imetys ja vauvan ravitsemus ovat alusta saakka perheen yhteinen asia, johon molemmat puoliset voivat vaikuttaa ja jossa molemmilla vanhemmilla on omat tärkeät tehtävänsä. Puolison antama tuki ja välittäminen kannustavat äitiä imettämään. Yhteinen vastuu pienestä lapsesta lisää perheen yhteenkuuluvaisuuden tunnetta ja heijastuu parisuhteen muillekin osa-alueille.

Synnyttänyt äiti voi elää ajanjaksoa, jolloin hänellä ei ole ketään läheistä henkilöä tukena. Näin on esimerkiksi silloin, kun äiti odottaa lasta yksin, on eronnut tai hänen puolisoa on kuollut, sukulaisia ei ole tai he asuvat toisella paikkakunnalla. Näissä perheissä imetysaika voi olla erityisen haastava. Yhden vanhemman perheissä neuvolan tuki ja esimerkiksi kodinhoitoavun saaminen on tärkeää. Ajoissa tarjottu apu tukee imetystä, äidin jaksamista ja perheen kokonaisvaltaista hyvinvointia.

*Toimenpiteet:*

- Äitiys- ja lastenneuvolan sekä synnytyssairaalan henkilökunta ottaa ohjaukseen huomioon puolison ja muut läheiset ja huomioi heidän mahdollisuutensa imetyksen tukijoina.
- Neuvolat kannustavat puolisoita osallistumaan perhevalmennuksen imetystä käsitteleviin osioihin.

## 4.10 Maahanmuuttajien imetysohjaus

Suomessa syntyi vuosina 2000–2006 yli 11 000 ulkomaalaistaustaista lasta. Kuuden vuoden aikana ulkomaalaistaustaisten vastasyntyneiden osuus kasvoi 2,3 prosentista 3,4 prosenttiin (Leipälä ym. 2008). Suurimmat maahanmuuttajaryhmät ovat Venäjältä, Virosta, Ruotsista ja Somaliasta. Lisäksi Suomessa on jo pitkään asunut etnisiä ja uskonnollisia vähemmistöjä (esim. romaneja, tataareja ja juutalaisia). Maahanmuuttajien osuus neuvolan asiakaskunnasta lisääntyy, mutta se vaihtelee suuresti alueittain ja toimipisteittäin.

Suomeen muuttaneiden äitien imetyskäytännöistä on karttunut tietoa toistaiseksi lähinnä terveydenhuollon ammattilaisten kokemusten kautta. Yleinen kuva on, että varsinkin köyhemmistä maista tulleet maahanmuuttajat hylkäävät Suomeen tultuaan kotimaansa tavat imettää pitkään. Yleensä ne maahanmuuttajaäidit, jotka ovat koulutettuja ja joilla on korkeampi sosioekonominen asema, imettävät pidempään ja jatkavat kotimaansa tyyppistä pitkää imetystä. Muista Pohjoismaista tulleet maahanmuuttajat ovat usein hyvin imetystietoisia ja -motiveituneita sekä imettävät myös pitkään. Lähivuosina saadaan THL:n laajasta maahanmuuttajia koskevasta terveystutkimuksesta uutta tietoa imetyksen toteutumisesta kolmen suuren maahanmuuttajaryhmän (somaliaalaisten, venäläisten ja kurdien) keskuudessa. Lisää tietoa tarvitaan Suomeen muuttavien imetyskäytännöistä ja imetysohjaukseen vaikuttavista tekijöistä.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että imetys on yleistä köyhien, maaseudulla elävien ja perinteitä noudattavien keskuudessa, vähäistä sosiaalisen nousun tai käännteentekevän elämänmuutoksen aikana ja yleistyy taas hyväosaisten sekä korkeamman yhteiskunnallisen aseman saavuttaneiden keskuudessa, jos vain valtakulttuuri tarjoaa imetysmyönteisiä viestejä (Salokoski, Märta, henkilökohtainen tiedonanto). Esimerkiksi korvikkeiden helppo saatavuus ja julkisen imettämisen vähäisyys voivat johtaa imetyksestä luopumiseen. Maahanmuuttajan omalla elämäntilanteella on myös suuri merkitys (Maher 1992, Nurtila 1996, Tiilikainen 2003, Huitti-Malka 2005, Aittokoski ym. 2009). Vaikka monen maan terveydenhuollossa on panostettu maahanmuuttajaäitien tukemiseen, se ei juuri ole lisännyt imetystä (Sellen 2002). Syitä on etsitty kulttuurieroista ja maahanmuuttajien ha-



lusta integroitua uuteen, modernimpaan yhteiskuntaan (Gibson ym. 2005, Hawkins ym. 2008).

Maahanmuuttajien ohjauksessa on tärkeää huomioda, minkälaisesta kulttuurista henkilö tulee ja räätelöidä tuki ja kannustus sen mukaan. Asiakkaan kulttuuri- ja henkilötaustoihin perehtyminen auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ymmärtämään maahanmuuttajaäidin imetysvalintoja. Näin voidaan välttää sitä, että imetyksen edistämisestä tulisi syyllistävää tai pakonomaista. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää hyvin erilaisista kulttuureista ja köyhemmistä maista tuleviin monilapsisiin perheisiin, joiden sosioekonominen asema on heikko ja suhtautuminen julkiseen terveydenhuoltoon ja terveysneuvontaan erilainen kuin valtaväestöllä. Imettämättömyyden käsittäminen moderniksi tavaksi on suuri haaste maahanmuuttajien imetysneuvonnassa: maahanmuuttajaäitejä olisi kannustettava olemaan ylpeitä oman kulttuurinsa pitkästä imetysperinteestä ja rakennettava sen ja nykyajan imetysmyönteisyyden välille siltoja (Raisler 2000, Harley ym. 2007, Gill 2009). Kokemusten mukaan tehokkainta on imetyshalun kipinän synnyttäminen maahanmuuttaja-äitien omassa piirissä. Siksi tulisi erityisesti tukea heitä muodostamaan omia vertaisryhmiä.

## Tiedonvälitys neuvolassa

Monen maahanmuuttajaryhmän taustakulttuurissa synnytys sekä lapsen ja äidin hyvinvoinnista huolehtiminen ovat perinteisesti olleet oman perhepiirin sisäisiä asioita. Toimiva ja kaikille tarjottu maksuton terveydenhuolto voi olla maahanmuuttajalle uusi asia. Perheet eivät välttämättä osaa kääntyä julkisen terveydenhuollon puoleen synnytyksen jälkeen, ja esimerkiksi rutiininomaisiin jälkitarkastuksiin ei mennä. Myös imetyksestä keskusteleminen neuvolan työntekijän kanssa saattaa tuntua vieraalta. Luottamus työntekijän ja asiakkaan välillä syntyy vähitellen, ja esimerkiksi kotikäynnit voivat olla avuksi luottamuksellisen asiakassuhteen rakentamisessa (STM 2004). Huomattava määrä maahanmuuttajista tulee maista ja elämänolosuhteista, joissa suullisella tiedonvälitysmuodolla on tärkeämpi asema kuin kirjallisella. Tämä koskee erityisesti niitä äitejä, jotka Suomeen tullessaan ovat luku- ja kirjoitustaidottomia. Ohjauksessa korostuu tällöin havainnointi ja suullinen ohjaus, tarvittaessa tulkin välityksellä. Naisille olisi hyvä varata naispuolinen tulkki (STM 2004).

## Uskonto ja imetys

Koraanissa suositellaan kahden vuoden imetystä. Tätä tavoitetta tulee kunnioittaa, vaikka harva muslimiäiti kyseistä perinnettä Suomessa noudattaa. Joissakin kulttuureissa ja uskonnoissa miehellä on erityinen rooli imetyksen edistämisessä. Is-



lamilaisessa perinteessä oma aviomies tai arvostettu suvun vanha mieshenkilö voi rukoilla imetyksen onnistumisen puolesta. Buddhalaisessa perinteessä miehen rituaalinen osallistuminen imettämisen edistämiseen on keskeinen, ja erään tutkimuksen mukaan vietnamilaisten äitien luopuminen imettämisestä johtuu siitä, että kaupunkioiloissa tätä riittä ei ole voitu suorittaa (Groleau ym. 2006). Neuvolahenkilökunnan tietoisuus miehen perinteisestä merkityksestä ja osuudesta imetyksen edistämisessä maahanmuuttajäidin taustakulttuurissa voi olla hyödyksi. Terveystenhoitaja voi siitä yrittää ottaa selvääkin, kun hän yrittää löytää keinoja, joilla asiakkaan lähiympäristön imetysmyönteisyyttä voisi tukea.

Islaminuskaisissa maissa ja monessa ei-islamilaaisessa Aasian maassa lapsista, jotka saavat maitoa saman naisen rinnoista, tulee ns. ”maitosukulaisia”. Heitä kohdellaan kuin he olisivat sisarukset. Tällä tärkeällä perinteellä luodaan suhteita eri sukupiirien välillä, ja se on lisäksi avioliiton este aikuisiässä. Asia tulee ottaa huomioon synnytyssairaaloiden, jos vauva tarvitsee lisämaitoa ja jos harkitaan luovutetun äidinmaidon antamista. Äidiltä tulee aina varmistaa, voiko lapselle antaa toisen äidin rintamaitoa.

## Perinteiset lisäruoat ja pullomehut

Monissa kulttuureissa on annettu jo hyvin pienille vauvoille muutakin ravintoa kuin äidinmaitoa. Ravitsemuksellisesti tällaiset perinteiset lisäruoat eivät yleensä ole olleet puollettavissa. Niiden määrät ovat kuitenkin usein olleet hyvin pieniä. Perinteisten lisäruokien antamiseen ei kannata suhtautua yksioikoisen kielteisesti neuvolassa, jos niiden antaminen ei vaaranna imetystä tai maidonherumista, eikä aiheuta lapselle ravitsemuksellista haittaa tai vaaranna lapsen suun terveyttä. Hyväksymällä erilaisia tapoja välttämään joutumasta törmäyskurssille perinteisten traditioiden kanssa ja ilmapiiri imetyksen edistämiseksi on parempi.

Vahvasti imetysmyönteisissä kulttuureissa lapsen rauhoittaminen rinnalla on ollut keskeistä. Tämä perinne on monessa imetyksestä luopuneessa maahanmuuttajaryhmässä muuttunut lapsen rauhoittamiseen pullosta annettavalla maidolla tai mehulla, mikä on aiheuttanut lapsille ruokahaluttomuutta, ylipainoisuutta ja hammasongelmia. Liialliseen pullomehun tai -maidon käyttöön tulee aina puuttua neuvolassa ja neuvoa äideille muita tapoja lapsen lohduttamiseen ja turvallisuuden tunteen luomiseen.

### *Toimenpiteet:*

- Imetyksen edistämisen toimintaohjelman toteuttamisessa varmistetaan maahanmuuttajien mukanaolo ja kuuleminen.
- Synnytyssairaaloiden huomioidaan maahanmuuttajien kulttuurinen tausta ja mahdollinen maitosukulaisuuden perinne.

- Neuvolat huomioivat ohjauksessa asiakkaan kulttuuritaustan ja toteuttavat imetysohjausta asiakaslähtöisesti.
- Neuvolat tukevat maahanmuuttajia perustamaan omia imetystukiryhmiään.

## 4.11 Imetystukitoiminta ja vertaisryhmät

Kolmannen sektorin tarjoama imetystuki on tunnettua lähes kaikissa EU:n imetyksen edistämisen ohjelmaan osallistuvissa maissa. Tuen järjestäytymisen aste vaihtelee maittain ja alueittain (EU 2004, EU 2008). Imetystuen muotoja ovat vertaistuki äidiltä äidille ja vertaisneuvonta, jonka antaja on koulutettu vertaistukija ja joka voi toimia myös paikallisena.

Kansainvälisesti imetyksen vertaistukea on toteutettu monenlaisella tavalla ja vaihtelevin tuloksin. Usein vertaistuellla on positiivisia vaikutuksia imetykseen ja äitien jaksamiseen. Systemoidussa katsauksessa (Sikorski ym. 2003) todettiin vertaistuen lisäävän täysimetystä, vaikka imetyksen jatkumiseen sillä ei ollut vaikutusta. Ammatillinen tuki vaikutti myös jatkumiseen. Hyvin toteutetulla vertaistuellla on imetystä lisäävä vaikutus, mutta vertaistuki ei välttämättä ole vaikuttavaa ilman imetystä tukevia hoitokäytäntöjä terveydenhuollossa raskausaikana ja sairaalassa (McInnes ym. 2000). Myös vertaistukijoiden koulutuksella on merkitystä, vertaisten antama tuki on tehokasta, kun heillä on siihen asianmukainen koulutus (Anderson ym. 2005). Äidit eivät aina ole tyytyväisiä kouluttamattomien vertaistukijoiden toimintaan (Hoddinott ym. 2006). Erityisen toimivaa vertaistuki on silloin, kun sitä annetaan koko raskaus-, synnytys- ja imeväisaikana ja se toteutetaan yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (Fairbank ym. 2000, McInnes ym. 2000, Pugh ym. 2002). Imetystukea kehitettäessä kannattaa yhdistää vapaaehtoisten ja ammattilaisten voimavarat ja kehittää imetystukea yhteistyössä esimerkiksi järjestämällä yhteisiä koulutuksia. Osa imetyksen pulmista ei liity imetykseen sinänsä, vaan perheen arjen ja imetyksen yhdistämiseen, ja tässä toiset äidit voivat antaa terveydenhuollon ammattilaisia parempaa tukea.

Suomessa oli vuonna 2007 yhteensä 52 imetystukiryhmää ja itsenäisiä tukiaiteja toimi kymmenellä paikkakunnalla. Imetyksen tuki ry:n ryhmänvetäjäkoulutuksen saaneita tukiaiteja toimi 20 imetystukiryhmässä ja lisäksi itsenäisinä tukiaiteina kuusi. Imetyksen tuki ry:n ryhmänvetäjäkoulutus antaa perehdytyksen imetyksen normaaliin kulkuun ja erityistilanteisiin sekä tarvittavat valmiudet imettävän äidin kohtaamiseen ja tukemiseen. Loput ryhmänvetäjistä olivat itsenäisesti kouluttautuneita tai vertaispohjalta toimivia. Osa vapaaehtoistyönä imetystukiryhmää vetävistä on terveydenhuollon koulutuksen saaneita (Imetyksen tuki ry 2008).

Puhelimitse tapahtuva imetystukitoiminta on suosittua, ja sitä tarjoaa tällä hetkellä Imetyksen tuki ry:n ylläpitämä Imetystukipuhelin Raha-automaattiyhdistyksen tukemana. Puhelinvaihe on avoinna keskimäärin 10 tuntia viikossa. Pu-

helimen päivystäjät ovat Imetyksen tuki ry:n koulutuksen saaneita vapaaehtoisia tukihenkilöitä. Imetystukipuhelin vastasi vuonna 2007 yhteensä 928 puheluu ja imetystukiäitien yksityispuheliin saamia vastattuja puheluita tilastoitiin 668 kpl. Soittoyrityksiä oli moninkertaisesti. Osa Imetystukipuhelimen päivystäjäistä vastaa myös Imetystukiskype internetpuheluihin. Imetystukea ja vapaaehtoisten antamaa neuvontaa on saatavilla myös internetin keskustelupalstan kautta. Suosituimpia keskustelujen ja kysymysten aiheita ovat pikkuvauva-aika, kiinteiden ruokien aloittaminen, imetetyn vauvan unirytmii ja vauvan imemisotteeseen liittyvät asiat.

Imetyksen tuki ry:n käytännön kokemusten mukaan yksityisten kontaktien, kuten puheluiden ja kotikäyntipyyntöjen, määrä on viime vuosina lisääntynyt ja vastaavasti vertaistukiryhmiin hakeutuminen vähentynyt. Internetin suosio vertaistukimuotona lisääntyy jatkuvasti. Perinteinen kasvokkain tapahtuva vertaistukiryhmätoiminta voi kuitenkin tarjota konkreettisen sosiaalisen tuen verkoston niille, joilla lähimpiin tukea ei muutoin ole. Siksi on tärkeää, että perinteisiä vertaistukiryhmiä muodostuu edelleen ja niiden toiminta pysyy elävänä. Vertaistukiryhmissä on mahdollisuus prosessoida monipuolisesti äitiyden tunteita ja kokea yhteisöllisyyttä.

On tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaisten ja muiden toimijoiden ohjeet perheille ovat oikeita, ajantasaisia eivätkä ne ole ristiriidassa keskenään. Vuoropuhelua, yhteisiä koulutuksia ja toimijoiden mahdollisuuksia tutustua toistensa toimintaan tulee tukea. Imetystä tukevien järjestöjen toimintaa tulee kehittää yhteistyössä julkisen terveydenhuollon kanssa. Yhteistyötä voidaan tehdä luontevasti esimerkiksi neuvolan perhevalmennusten yhteydessä ja vertaistukiryhmätoiminnassa. Imetystukiryhmä soveltuu myös hyvin neuvolan ryhmätoiminnaksi.

Kunnat voivat konkreettisesti tukea ja osoittaa arvostusta alueellaan toimiville imetystukiryhmille tarjoamalla kokoontumistilaa esimerkiksi sosiaali- tai terveys-toimen tiloista, kuten päiväkodeista, alueellisista asukaspuistoista tai neuvolan tiloista. Eräät kunnat ovat avustaneet imetystukiryhmää rahallisesti summalla, jolla voi kattaa pieniä kuluja vapaaehtoisten virkistytymiseksi tai toiminnasta tiedottamiseksi. Jos kunnassa toimii vapaaehtoistyön neuvottelukunta tai vastaava organisaatio, imetystukiryhmän voi kutsua mukaan, jolloin vapaaehtoiset voivat saada koulutusta, työnohjausta ja tiedotusapua sekä hyötyvät verkostoitumisesta. Paikkakunnilla, joissa synnyttäjien määrät ovat pieniä, kannattaa imetystukiryhmiä muodostaa useamman kunnan yhteistyönä.

#### *Toimenpiteet:*

- Neuvoloiden henkilökunta vahvistaa yhteistyötä imetystukea tarjoavien tahojen kanssa sekä lisää imetystukiryhmien tunnettuutta esimerkiksi tiedottamalla alueella toimivista ryhmistä asiakkailleen neuvolan tiloissa ja kotisivuillaan.
- Kunnat tukevat paikallisten imetystukiryhmien toimintaa esimerkiksi tarjoamalla kokoontumistiloja.

- Alueellista imetystukea kehitettäessä tuetaan yhteisten koulutusten ja kehittämisseminaarien järjestämistä ammattilaisille ja vertaistukijoille.
- Valtakunnallisen Imetystukipuhelimen toimintaa pyritään tukemaan julkisin varoin.

## 4.12 Muiden ammattiryhmien antama tuki

Yhteiskunnan velvollisuus on suojella, tukea ja edistää imetystä. Tämä työ ei rajoitu synnytyssairaaloiden ja neuvolan henkilöstöön, vaan koskee erilaisia toimijoita. Imetysmyönteisen ilmapiirin rakentaminen kuuluu niin opetustoimelle, ravitsemusneuvontaan kuin hammashuoltoon. Vauvaperheitä kohtaavat muun muassa päiväkotien, sosiaalitoimen ja seurakuntien työntekijät. Vauvaperheiden kanssa työskentelevien ammattiryhmien tulisi jo peruskoulutuksensa pohjalta tietää imetyksen perusperiaatteet ja tuntea nykyiset imetyssuositukset. Peruspalveluiden lisäksi tarvitaan imetysmyönteistä asennetta tiedotuksessa ja markkinoinnissa. Toimintayksiköissä, joissa on säännöllisesti asiakkaana imettäviä äitejä tai imeväisikäisiä lapsia, tulee olla suunnitelma imetyksen konkreettisesta edistämisestä ja tukemisesta. Kohdatessaan imettäviä äitejä, työntekijät voivat vahvistaa äidin itseluottamusta tarjoamalla tukea ja antamalla positiivista palautetta imetyksestä. Psykologien ja psykiatrien imetystietoutta tulee vahvistaa. Psykologit kohtaavat terveyskeskuksissa ja yksityisvastaanotoillaan raskaana olevia ja antavat terapiaa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiville sekä imetyspettymystään käsitteleville äideille. Erityisesti terveyskeskuspsykologit ovat äitiys- ja lastenneuvoloiden työntekijöiden tukena ja kumppanina. Lastenpsykiatrit puolestaan kohtaavat vakavia ongelmia käsitteleviä perheitä.

### *Toimenpiteet:*

- Toimintayksiköissä, joissa on säännöllisesti asiakkaana imettäviä äitejä tai imeväisikäisiä lapsia, tulee olla suunnitelma imetyksen konkreettisesta edistämisestä ja tukemisesta.

## 4.13 Tuki työpaikalla

Imettävällä äidillä on oikeus osallistua työelämään niin, ettei se vaadi imetyksen lopettamista. Suomessa pitkät perhevapaat mahdollistavat äidin pysymisen kotona koko täysimetsajan, mutta imetyksen jatkumisen tulee olla mahdollista myös äidin palattua työelämään esimerkiksi silloin, kun puoliso jää pitämään vanhempainvapaata.

Suomalaisessa työelämän lainsäädännössä ei juuri ole huomioitu imettävien äitien erityisiä tarpeita. Työturvallisuuslain (738/2002) mukaan (48 §) raskaana olevilla naisilla ja imettävillä äideillä on tarvittaessa oltava mahdollisuus mennä le-pohuoneeseen tai muuhun sopivaan paikkaan lepäämään. Suomi ei ole ratifioinut kansainvälisen työjärjestön ILO:n Äitiyden suojelukonventiota vuodelta 2000 (Aula 2006), johon sisältyy imettävien äitien oikeus taukoihin työpäivän aikana tai työajan lyhentämiseen.

Työssäkäyvä äiti tarvitsee erityistä tukea imetykselleen. Työpaikoilla tarvitaan rauhallisia ja hygieenisia lypsämispaikkoja ja maidon säilyttämiseen tarvittavia kylmätiloja. Esimiesten ja työtovereiden myönteinen suhtautuminen imettämiseen tai lypsämiseen on merkityksellistä (Rojjanasrirat 2004). Imettävää äitiä kannattaa rohkaista löytämään yhdessä työnantajan kanssa perheelle sopivia joustavia ratkaisuja. Täysimetyksaikana äidin pitkät poissaolot vaativat, että äiti lypsää vauvan tarvitseman maidon. Tällainen järjestely vaatii perehtymistä, mutta on mahdollista. Kun vauva syö jo muutakin ruokaa, äidin irtautuminen vauvasta on helpompaa.

#### *Toimenpiteet:*

- Työpaikat ja lastenneuvolat tukevat työssäkäyvää imettävää äitiä imetyksen jatkamiseen. Neuvolat rohkaisevat äitejä löytämään yhdessä työnantajan kanssa perheelle sopivia joustavia ratkaisuja.

## 4.14 Imetysohjausta tukeva kirjallinen aineisto

Suullisesti annettavaa imetysohjausta kannattaa täydentää kirjallisella aineistolla. Perheille suunnattua suomen- ja ruotsinkielistä imetysohjausaineistoa on tähän mennessä ollut suhteellisen vähän saatavilla. Myös muunkielisestä imetysohjausaineistosta on pulaa.

Eri järjestöt ja lastenruokavalmistajat ovat tuottaneet vauva- ja lapsiperheille jaettavaksi tarkoitettuja opaslehtisiä, joissa kirjoitetaan muiden asioiden ohella myös imetyksestä ja pikkulasten ruokinnasta. Ilmaisten opaslehtisten käyttö on neuvoloissa yleistä, ja niitä jaetaan neuvonnan yhteydessä perheille. Näiden oppaiden sisältö ei välttämättä ole nykytiedon ja -suositusten mukaista. Lisäksi ne usein sisältävät kaupallista mainontaa. Perheille jaettavan imetysohjausaineiston kehittämisestä, päivittämisestä tai laadunvalvonnasta ei myöskään ole sovittu paikallisesti. Kansallisia aineiston laatua koskevia ohjeita sisältyy muun muassa lastenneuvolaoppaaseen (STM 2004) ja Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaan (STM 2007). Valtakunnallisesti terveyden edistämiseen tarkoitettun aineiston laadunvalvontaa toteuttaa Terveyden edistämisen keskus Tekry.

Odotusaikana kaikille perheille jaetaan äitiysneuvolasta Meille tulee vauva -opaskirjanen, joka sisältää päivitettyä ja virallista tietoa imetyksen tueksi osana

muuta terveysneuvontaa (Stakes 2008). Neuvolat tilaavat kirjasen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta (aik. Stakesista). Äitiyspakkauksessa jaetaan tarkempia imetystä tukevia oppaita. Näistä keskeisin on Suomen Kättilöliiton julkaisema kirjanen Imetys – yhteisen matkamme alku (aikaisemmin Rinnalla-kirjanen, Suomen Kättilöliitto 2007). Kirjanen on Tekryn arvioima ja sitä on saatavilla tällä hetkellä suomen kielen lisäksi ruotsiksi, englanniksi ja venäjäksi, myöhemmin myös saameksi ja somaliaksi. Lisäksi äitiyspakkaukseen sisältyy Imeväisikäisen lapsen ruoka -niminen kirjanen, jossa on myös ruoanlaitto-ohjeita (STM 2004). Osa äideistä ottaa äitiysavustuksen rahana eikä pakkauksena, joten he eivät käytännössä saa mainittuja kirjasia. Kaikista äideistä äitiysavustuksen pakkauksena ottaa noin 70 %, toista tai kolmatta lasta odottavista hieman alle puolet. Äidit, jotka eivät ota pakkausta, voivat tilata Imetys – yhteisen matkamme alku -kirjasa suoraan Kättilöliitosta.

Kaikki neuvolassa tai äitiyspakkauksessa jaettavat opaskirjaset kannattaa esitellä jo neuvolan perhevalmennusten yhteydessä ja myös vastaanotolla. On tärkeää, että henkilökunta tuntee kirjasten sisällön ja osaa tarvittaessa viitata niihin ja rohkaista vanhempia lukemaan niitä. Neuvoloissa tulisi olla esillä monipuolisesti laadukasta ja suositusten mukaista perheille suunnattua ohjausaineistoa (esimerkiksi Kuusisto 1989, Niemelä 2006, Kevyt ry 2007, Alapappila ym. 2006, Imetyksen tuki ry 2008). Terveystenhuollon ammattilaisille suunnatusta ohjausaineistosta on hyötyä hoitohenkilökunnalle imetysohjauksen tukena (esimerkiksi Hasunen ym. 2004, STM 2004, Armanto & Koistinen 2007, Koskinen 2008). Kaupallinen, ohjeiden vastainen materiaali, joka ei ole STM:n hyväksymää, tulisi karsia neuvoloista mahdollisimman pian.

Internetin kautta on mahdollista välittää yhtenäistä ja laadukkaaksi arvioitua ohjausmateriaalia. Terveyttä koskevan tiedon tuottaminen tulevaisuudessa keskitetyksi TerveSuomi.fi -portaaliin vähentää paikallisesti tehtävää, päällekkäistä työtä ja helpottaa jaettavan aineiston yhdenmukaisuuden, laadun ja ajantasaisuuden varmistamista. Internet ei kuitenkaan ole niin yleinen tietolähde kuin on yleisesti luultu. Mitä alhaisempi on henkilön koulutustaso, sitä todennäköisemmin hän ei lainkaan etsi terveyteen liittyvää tietoa (Terveiden edistämisen keskus 2005). Vähiten koulutettujen äitien ja perheiden ohjaaminen on suuri haaste terveyspalvelujärjestelmälle.

## Kirjallista aineistoa koskevat ohjeet ja säädökset

Sekä WHO:n äidinmaidonkorvikkeiden kansainvälinen markkinointikoodi että EU:n direktiivi 2006/141/EY edellyttävät imetyksen tukemista. Direktiivin mukaan tiedotus- ja valitusaineistossa, joka on tarkoitettu raskaana oleville naisille sekä imeväisten ja pikkulasten äideille, on oltava selkeät tiedot seuraavista asioista: a) imetyksen edut ja paremmuus b) äidin ravitsemus imetykseen valmistautuminen ja imetyksen ylläpitäminen c) osittaisen pulloruokinnan mahdollinen haitallinen

vaikutus imetykseen d) vaikeus peruuttaa päätös olla imettämättä e) äidinmaidonkorvikkeen asianmukainen käyttö tarvittaessa.

Aineistossa ei saa olla kuvia, joissa äidinmaidonkorvikkeen käyttö esitetään ihanteellisena. Lisäksi jos aineistossa on tietoa korvikkeen käytöstä, on siinä käytävä ilmi käytön yhteiskunnalliset ja taloudelliset seuraukset, sopimattomien ruokien tai ruokintamenetelmien terveydelliset vaarat ja erityisesti äidinmaidonkorvikkeen väärän käytön terveysvaarat.

Direktiivin mukaan valmistajien tai myyjien lahjoittamaa tiedotus- tai valistusaineistoa tai -välineistöä saa jakaa ainoastaan pyynnöstä ja terveydenhoitojärjestelmän kautta. Aineiston on oltava toimivaltaisen kansallisen viranomaisen kirjallisesti hyväksymää tai viranomaisten ohjeiden mukaista. Aineistossa saa olla lahjoittajayhtiön nimi tai nimilyhenne, mutta siinä ei saa viitata äidinmaidonkorvikkeen erityiseen tavaramerkkiin.

Suomessa teollisuuden tai kaupan kustantaman aineiston tulee toistaiseksi olla sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymää (STM:n päätös 807/1994). Kaupallisen aineiston sisällön on täytettävä yllämainitut kriteerit. Suomessa päätös koskee myös vieroitusvalmisteita ja muita kaupallisia, imeväisten ja pikkulasten ruokintaa käsitteleviä aineistoja. Hyväksyttyä kaupallista materiaalia saa välittää vanhemmille ja hoitajille vain terveydenhuoltohenkilöstön välityksellä.

Säädöksiä imeväisten ja pikkulasten ruokintaa koskevista aineistoista ollaan vuonna 2009 uudistamassa. Elintarvikelakiin lisättiin joulukuussa 2008 asetuksenantovaltuutus sosiaali- ja terveysministeriölle imeväisten ja pikkulasten ruokintaa koskevan tiedotusaineiston sisällöstä ja jakelusta. Asetuksella implementoidaan EU:n direktiivin 2006/141/EY artikla 15. Sen yhteydessä tulee mietittäväksi muun muassa asetuksen soveltamisalan laajuus ja vaihtoehtoinen järjestelmä nykyiselle STM:n lupakäytännölle. Koska kaupallisen aineiston sisältöön vaikuttaminen ilman ennakkolupajärjestelmää on vaikeaa ja jaossa olevan materiaalin valvonta puutteellista, on työryhmän mielestä syytä jatkaa aineistojen ennakkohyväksymistä. Aineistojen arviointi sopisi esimerkiksi THL:n tulevan imetyskoordinaattorin tehtäviin. Myös neuvoloiden on syytä huolehtia siitä, että neuvoloiden tiloissa ei ole jaossa hyväksymätöntä lainvastaista aineistoa.

**Jaettavan kirjallisen ohjausaineiston tuotannossa ja valinnassa on noudatettava seuraavia kriteerejä:**

- Aineisto on ajantasaista.
- Aineisto pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon.
- Palvelujen käyttäjien äidinkieli, moninaisuus ja kulttuuri on huomioitu.
- Aineisto on puolueetonta.
- Aineisto on kaikkien saatavissa esteettömästi.
- Aineistossa ei saa olla viittauksia äidinmaidonkorvikkeiden tavaramerkkeihin.



### Toimenpiteet:

- Äitiys- ja lastenneuvoloiden henkilökunta ja johto varmistavat kesään 2010 mennessä, että neuvolassa ei ole jaossa hyväksymätöntä kaupallista materiaalia.
- THL:n Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus käynnistää imetysaineistoa koskevan selvityksen tekemisen syksyllä 2010.
- Äitiys- ja lastenneuvoloiden henkilökunta jakaa asiakkaille vain suositusten mukaista imetystä tukevaa kirjallista aineistoa.
- THL edistää WHO:n kansainvälisen äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodin ja äidinmaidonkorvikkeita koskevan lainsäädännön tuntemusta sairaaoloissa ja neuvoloissa.
- THL tarjoaa imetykseen liittyvää laadukasta ohjausaineistoa koordinoitusti internetin välityksellä sekä perheille että terveydenhuollon ammattilaisille.
- THL huolehtii siitä, että jaettavaksi tarkoitettua kirjallista aineistoa valmistetaan ajankohtaisista aiheista kuten: osittaisimetyksen tukeminen, vauvan pulloruokinta, yli vuoden jatkuva imetys ja suun terveys, kiinteiden ruokien aloittaminen imetystä tukien ja yöimetyksen merkitys.

## Lähteet

- Aarts, C., Hornell, A., Kylberg, E., Hofvander, Y. & Gebre-Medhin, M. 1999, Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use, *Pediatrics*, vol. 104, no. 4, pp. e50.
- Aittokoski, M., Huiitti-Malka, R. & Salokoski, M. (toim.) 2009, Imetyksen aika – uusi suomalainen imetyskirja, Avain.
- Alapappila, A., Holla, T., Häggman-Laitila, A. & Koivisto, P. 2006, Imettävän äidin ravitsemus ja liikunta, opaslehtinen, Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja Suomen Sydänliitto ry.
- American Academy of Pediatrics 2004, Committee on Fetus and Newborn, Hospital stay for healthy term newborns, Policy statement, *Pediatrics*, vol. 113, no. 5, pp. 1434–1436.
- Anderson, A.K., Damio, G., Young, S., Chapman, D.J. & Perez-Escamilla, R. 2005, A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 159, no. 9, pp. 836–841.
- Anderson, G.C., Chiu, S.H., Morrison, B., Burkhammer, M. & Ludington-Hoe, S. 2004, Skin-to-skin care for breastfeeding difficulties postbirth in Touch and massage therapy in early development New Brunswick: Johnson and Johnson Pediatric Institute, pp. 115–136.
- Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007, Neuvolatyön käsikirja, Tammi, Helsinki.
- Arora, S., McJunkin, C., Wehrer, J. & Kuhn, P. 2000, Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply, *Pediatrics*, vol. 106, no. 5, pp. E67.
- Arvedson, J. & Brodsky, L. 2002, Pediatric swallowing and feeding. Assessment and management. Early Childhood Intervention Series, Thomson, Delmar Learning.
- Aula, M.-K. 2006, Lapsiasiavaltuutetun kannanotto perhevapaauudistuksesta 29.8.2006. Saatavilla: <http://www.lapsiasia.fi/nyt/aloitteet/aloitteet/view/1395516>.
- Bar-Yam, N.B. & Darby, L. 1997, Fathers and breastfeeding: a review of the literature, *Journal of Human Lactation*, vol. 13, no. 1, pp. 45–50.
- Boulvain, M., Perneger, T.V., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M. & Olivier, I. 2004, Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 111, pp. 807–813.
- Britton, C., McCormick, F.M., Renfrew, M.J., Wade, A. & King, S.E. 2007, Support for



- breastfeeding mothers, Cochrane database of systematic reviews (Online), vol. (1), no. 1, pp. CD001141.
- Capretti, M.G., Lanari, M., Lazzarotto, T., Gabrielli, L., Pignatelli, S., Corvaglia, L., Tridapalli, E. & Faldella, C. 2009, Very low birth weight infants born to cytomegalovirus-seropositive mothers fed with their mother's milk: a prospective study, *Journal of Pediatrics*, vol. 154, pp. 842–848.
- Cloherly, M., Alexander, J. & Holloway, I. 2004, Supplementing breast-fed babies in the UK to protect their mothers from tiredness or distress, *Midwifery*, vol. 20, no. 2, pp. 194–204.
- Conde-Agudelo, A., Diaz-Rossello, J.L. & Belizan, J.M. 2003, Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants, Cochrane database of systematic reviews (Online), vol. (2), no. 2, pp. CD002771.
- Dennis, C.L. 2002, Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 31, no. 1, pp. 12–32.
- de Oliveira, M.I., Camacho, L.A. & Tedstone, A.E. 2001, Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions, *Journal of Human Lactation*, vol. 17, no. 4, pp. 326–343.
- Donath, S.M. & Amir, L.H. 2008, Effect of gestation on initiation and duration of breastfeeding, *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, vol. 93, no. 6, pp. F448–50.
- Ekström, A., Widstrom, A.M. & Nissen, E. 2003a, Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women, *Journal of Human Lactation*, vol. 19, no. 2, pp. 172–178.
- Ekström, A., Widstrom, A.M. & Nissen, E. 2003b, Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women, *Birth*, vol. 30, no. 4, pp. 261–266.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2008. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised), European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2004. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe. Review of interventions, European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.
- Fairbank, L., O'Meara, S., Renfrew, M.J., Woolridge, M., Sowden, A.J. & Lister-Sharp, D. 2000, A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding, *Health technology assessment*, vol. 4, no. 25, pp. 1–171.
- Furber, C.M. & Thomson, A.M. 2006, 'Breaking the rules' in baby-feeding practice in the UK: deviance and good practice? *Midwifery*, vol. 22, no. 4, pp. 365–376.
- Gagnon, A.J., Leduc, G., Waghorn, K., Yang, H. & Platt, R.W. 2005, In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns, *Journal of Human Lactation*, vol. 21, no. 4, pp. 397–405.
- Gibson, M.V., Diaz, V.A., Mainous, A.G. & Geesey M.E. 2005, Prevalence of Breastfeeding and Acculturation in Hispanics: Results from NHANES 1999–2000 Study, *Birth*, vol. 32, no. 2, pp. 93–98.
- Gill, S.L. 2009, Breastfeeding by Hispanic women, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 38, no. 2, pp. 244–252.
- Groleau, D., Souliere, M. & Kirmayer L.J. 2006, Breastfeeding and the cultural configuration of social space among Vietnamese immigrant woman, *Health & Place*, vol. 12, no. 4, pp. 516–526.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005, Äitiys- ja lastenneuvolatyo Suomessa, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2005:22, Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., Saaris-to, V., Hastrup, A. & Rimpelä, M. 2008, Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen, Stakes, raportteja 21/2008, Helsinki.
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M.T. 2008, A systematic review of professional support interventions for breastfeeding, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, no. 9, pp. 1132–1143.
- Hannula, L. 2003, Imetyksenäkemetykset ja imetyksen toteutuminen: suomalaisten synnyttäjien seuranta tutkimus. Väitöskirja, Turun yliopisto.
- Harley, K., Stamm, N.L., Eskenazi, B. 2007, The effect of time in the U.S. on the duration of breastfeeding in women of Mexican descent, *Maternal and Child Health Journal*, vol. 11, no. 2, pp. 119–125.

- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S. 2004, Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus, Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2004:11, Helsinki.
- Hasunen, K. & Ryyänänen, S. 2006, Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2005:19, Helsinki.
- Hawkins, S.S., Lamb, K., Cole, T.J. & Law, C. 2008, Influence of moving to the UK on maternal health behaviours: prospective cohort study, *British Medical Journal*, vol. 336, pp. 1052–1055.
- Hill, P.D. & Humenick, S.S. 1994, The occurrence of breast engorgement, *Journal of Human Lactation*, vol. 10, no. 2, pp. 79–86.
- Hoddinott, P., Chalmers, M. & Pill, R. 2006, One-to-one or group-based peer support for breastfeeding? Women's perceptions of a breastfeeding peer coaching intervention, *Birth*, vol. 33, no. 2, pp. 139–146.
- Huitti-Malka, R. 2005, Riittääkö maito? Imetyksen toteutumiseen ja keston vaikuttavat kulttuuriset tekijät Suomessa. Pro Gradu, Helsingin yliopisto.
- Imetyksen tuki ry 2008, Imetyksen tuki ry:n lehtiset "saako vauva tarpeeksi", "imetetty vauva ja kiinteät", "imetyksen tehostaminen", "kun imetys sattuu", sekä artikkeleita eri aiheista. Saatavilla: <http://www.imetys.fi/itu/tietoa.php>
- Imetyksen tuki ry 2008, Toimintakertomus 2007.
- International Lactation Consultants Association 2005, Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. ILCA Publications 2005.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T. & Lau, J. 2007, Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries, Evidence report/technology assessment, vol. (153), no. 153, pp. 1–186.
- Jordan, P.L. & Wall, V.R. 1993, Supporting the father when an infant is breastfed, *Journal of Human Lactation*, vol. 9, no. 1, pp. 31–34.
- Järvenpää, A.-L., Luukkainen, P., Ruokinta, kirjassa: Vastasyntyneen tehohoito, s. 236–244, Kustannus Oy Duodecim 2006, Helsinki.
- Järvenpää, A.-L. 2002, Onko vastasyntyneen varhainen kotiuttaminen vaaratonta? Suomen Lääkärilehti, vol. 57, pp. 757–759.
- Kauppila, A., Arvela, P., Koivisto, M., Kivinen, S., Ylikorkala, O. & Pelkonen O. 1983, Metoclopramide and breast feeding: transfer into milk and the newborn, *Eur J Clinical Pharmacology*, vol. 25, no. 6, pp. 819–823.
- Keskosvanhempien yhdistys Kevyt, Vuoristo, S., Pajakoski, E. & Kariluoto, S. (toim.) 2007, Äidinmaitoa keskoselle – tietoa, vertaistukea ja vinkkejä äideiltä äideille, Kevyt-yhdistys, Mikkeli.
- Klein, M.I., Bergel, E., Gibbons, L., Coviello, S., Bauer, G., Benitez, A., Serra, M.E., Delgado, M.F., Melendi, G.A., Rodriguez, S., Kleeberger, S.R. & Polack, F.P. 2008, Differential gender response to respiratory infections and to the protective effect of breast milk in preterm infants, *Pediatrics*, vol. 121, no. 6, pp. e1510–6.
- Komission direktiivi 2006/141/EY äidinmaidonkorvikkeista ja vieroitusvalmisteista ja direktiivin 1999/21/EY muuttamisesta.
- Koskinen, K. 2008, Imetysohjaus, Editra, Helsinki.
- Kuusisto, R. 1989, Imetän ja hoivaan, WSOY, Porvoo.
- Kämäräinen, R. & Alaluusua, S. 2005, Imetys ja karies. Suomen Hammaslääkärilehti, vol. 12, no. 15, pp. 878.
- Leino, T., Koskeniemi, E., Saranpää, P.-R., Strömberg, N. & Kilpi, T. 2007, Rokotuskattavuus edelleen huippuluokkaa, Suomen Lääkärilehti, vol. 63, no. 8, pp. 739–743.
- Leipälä, J., Saalasti-Koskinen, U., Blom, M., Autti-Rämo, I., Gissler, M., Hämäläinen, E., Paganus, A., Isojärvi, J., Kääriäinen, H., Renlund, M. & Mäkelä, M. 2008, Fenylketonurian seulonta Suomessa. Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön Finohtan julkaisuja, nopea katsaus 1/2008.
- Luck, S. & Sharland, M. 2009, Postnatal cytomegalovirus: innocent bystander or hidden problem? *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, vol. 94, no. 1, pp. F58–64.
- Maher, V. 1992, Breastfeeding in cross-cultural perspective. Paradoxes and pro-

- posals. Kirjassa: *The Anthropology of Breastfeeding*. Natural Law or Social Construct, Berg, Oxford/Providence.
- McInnes, R.J., Love, J.G. & Stone, D.H. 2000, Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence, *Journal of Public Health Medicine*, vol. 22, no. 2, pp. 138–145.
- Meinzen-Derr, J., Poindexter, B., Wrage, L., Morrow, A.L., Stoll, B. & Donovan, E.F. 2009, Role of human milk in extremely low birth weight infants' risk of necrotizing enterocolitis or death, *Journal of Perinatology*, vol. 29, no. 1, pp. 57–62.
- Merten, S., Dratva, J. & Ackermann-Liebrich, U. 2005, Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, vol. 116, no. 5, pp. e702–8.
- Mesiäislehto-Soukka, H. 2005, Perheenlisäysien kokemana – fenomenologinen tutkimus. Väitöskirja, Oulun yliopisto.
- Mizoguchi, K., Kurumado, K., Tango, T. & Minowa, M. 2003, Study on factors for carries and infant feeding characteristics in children aged 1.5–3 years in a Kanto urban area, [Nippon koshu eisei zasshi] *Japanese Journal of Public Health*, vol. 50, no. 9, pp. 867–878.
- Moore, E.R., Anderson, G.C. & Bergman, N. 2007, Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants, *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, vol. (3), no. 3, pp. CD003519.
- Niemelä, M. 2006, *Imetysopas*. Hyvinvointia vauvalle ja äidille, Helmi-kustannus, Helsinki.
- Nurttila, A. 1996, Maahanmuuttajilla monenlaisia ravitsemuspulmia, *Kansanterveyslehti*, no. 5/1996.
- Nyqvist, K.H. 2008, Early attainment of breastfeeding competence in very pre-term infants, *Acta Paediatrica*, vol. 97, no. 6, pp. 776–781.
- Palmer, M.M., Crawley, K. & Blanco, I.A. 1993, Neonatal oral-motor assessment scale: a reliability study, *Journal of Perinatology*, vol. 13, pp. 28–35.
- Pisacane, A., Continisio, G.I., Aldinucci, M., D'Amora, S. & Continisio, P. 2005, A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion, *Pediatrics*, vol. 116, no. 4, pp. e494–8.
- Pugh, L.C., Milligan, R.A., Frick, K.D., Spatz, D. & Bronner, Y. 2002, Breastfeeding duration, costs, and benefits of a support program for low-income breastfeeding women, *Birth*, vol. 29, no. 2, pp. 95–100.
- Raisler J. 2000, Against the odds: breastfeeding experiences of low income mothers, *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 45, no. 3, pp. 253–263.
- Renfrew, M., Fisher, C. & Arms, S. 2000, *Breastfeeding. Getting breastfeeding Right for you*, Celestial arts, California.
- Righard, L. 1998, Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth*, vol. 25, no. 1, pp. 40–44.
- Rojjanasrirat, W. 2004, Working women's breastfeeding experiences, *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, vol. 29, no. 4, pp. 222–229.
- Räsänen, K., Nuutinen, O., Heinonen, K. & Kalavainen, M. 1998, Keskosten ravitsemus imeväisiässä. *Suomen Lääkärelehti*, vol. 53, pp. 267–272.
- Salmenperä, L. 1997, Rintaruokinta ja kasvu, *Duodecim*, vol. 113, pp. 605–610.
- Salmenperä, L., Perheentupa, J., Siimes, M. 1985, Exclusively breast-fed healthy infants grow slower than reference infants, *Pediatric Research*, vol. 19, pp. 307–312.
- Schanler, R.J. 2007, Evaluation of the evidence to support current recommendations to meet the needs of premature infants: the role of human milk, *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 85, no. 2, pp. 625S–628S.
- Sellen, D.W. 2002, Sub-optimal breastfeeding practices. Ethnographical approaches to building “Baby-Friendly” communities, in: *Integrating Population Outcomes, Biological Mechanisms and Research Methods in the Study of Human Milk and Lactation*, eds. M.K. Davis et al., Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Shepherd, C.K., Power, K.G. & Carter, H. 2000, Examining the correspondence of breastfeeding and bottle-feeding couples' infant feeding attitudes, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31, no. 3, pp. 651–660.
- Sikorski, J., Renfrew, M.J., Pindoria, S. & Wade, A. 2003, Support for breastfeeding mothers: a systematic review, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 17, no. 4, pp. 407–417.
- Socialstyrelsen 2002, *Amning av barn födda 2000*. Sveriges officiella statistik. Hälsa och sjukdomar 2002: 7.

- Sorva, R., Tolppanen, E.M., Lankinen, S. & Perheentupa, J. 1985, Lasten kasvu ja sen arviointi, *Duodecim*, vol. 101, pp. 465–476.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2008:37, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2008:24, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2007:17, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö, oppaita 2004:14, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriön päätös imeväisen ja pikkulapsen ruokintaa koskevasta tiedotusaineistosta 807/1994
- Stakes 2008, Meille tulee vauva – opas vauvan odotukseen ja hoitoon (suomi, ruotsi, englantia ja venäjä), Stakes, Helsinki.
- Stakes 2007, Synnyttäjät, synnytukset ja vastasyntyneet 2006. Saatavilla: <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm>
- Suomen Kättilöliitto 2007, Imetus, yhteisen matkamme alku (suomi/ruotsi, englantia ja venäjä), Suomen Kättilöliitto, Helsinki.
- Susin, L.R., Giugliani, E.R., Kummer, S.C., Maciel, M., Simon, C. & da Silveira, L.C. 1999, Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates? *Birth*, vol. 26, no. 3, pp. 149–156.
- Swanson, V. & Power, K.G. 2005, Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, no. 3, pp. 272–282.
- Tammela, O. 2008, Varhain kotiutuvan vastasyntyneen seuranta, *Suomen Lääkärilehti*, vol. 63, pp. 633–636.
- Tepora, E., Nurttila, A., Sairanen, S. & Riihelä, J. 1999, Vantaalaisen vauvan äidinmaitokausi vuonna 1997, Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala ja tilasto ja tutkimus -yksikkö, julkaisu- ja C:14:1999.
- Terveyden edistämisen keskus 2005, Terveystta edistävän viestinnän suuntaviivat. Saatavilla: [http://www.health.fi/index.php?page=jul\\_julkaisu&i=100335](http://www.health.fi/index.php?page=jul_julkaisu&i=100335).
- Tiilikainen, M. 2003, Arjen Islam. Somalinalaisen elämää Suomessa, Vastapaino, Tampere.
- Työturvallisuuslaki 738/2002.
- Verronen, P. 1988, Rintaruokinnan edistäminen synnytyssairaalassa ja lastenneuvoloissa. Väitöskirja, Tampereen yliopisto.
- Wainio, H.-L., Varrela, J. & Alanen, P. 1999, Early oral sucking habits and occlusal development in the primary dentition, the 82nd Annual Meeting of NOF and the Scandinavian Association for Dental Research, 22.8.1999, Naantali, Finland (Abst): p. 81.
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group 2006, WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age, *Acta Paediatrica. Supplement*, vol. 450, pp. 76–85.
- Victora, C.G., Behague, D.P., Barros, F.C., Olinto, M.T. & Weiderpass, E. 1997, Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, vol. 99, no. 3, pp. 445–453.
- Wolf, L. & Glass, R. 1993, Feeding and swallowing disorders in infancy, *Therapy Skill Builders*, Texas.
- Wolfberg, A.J., Michels, K.B., Shields, W., O'Campo, P., Bronner, Y. & Bienstock, J. 2004, Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 191, no. 3, pp. 708–712.
- Åkerström, S., Asplund, I. & Norman, M. 2007, Successful breastfeeding after discharge of preterm and sick newborn infants, *Acta Paediatrica*, vol. 96, no. 10, pp. 1450–1454.

## 5 OSITTAISIMETYS JA IMETTÄMÄTTÖMYYS

Täysimetus ei aina onnistu, vaikka äiti sitä toivoisi ja yrittäisi. Syitä maidon riittämättömyyteen voivat olla ensi-imetyksen viivästyminen, ihokontaktin puute tai riittämätön imetysohjaus. Pienellä osalla naisista (korkeintaan 5 %) maitoa ei muodostu tarpeeksi täysimetystä varten (Schanler 2006). Myös äidin tai vauvan terveydentila voi olla syy imetyksen vaikeuksiin tai vasta-aihe imetykselle (ks. luku 2.1), jolloin vauvan ravinto turvataan antamalla muuta maitoa.

Imetykseen liittyville tunteille on annettava tilaa. Imetyksellä on arvoa silloinkin, kun se on vähäistä. Pienelläkin äidinmaidon määrällä on merkitystä esimerkiksi maidon sisältämisen vasta-aineiden vuoksi. Lisäksi imetykokemus voi jo sinällään olla arvokas tunne-elämys sekä vauvalle että äidille, vahvistaen näin varhaista vuorovaikutusta.

### Osittaisimetyksen tukeminen

Osittaisimetyksellä tarkoitetaan tilannetta, jossa lapsi saa äidinmaitoa muun ravinnon ohella. Suomalaisessa lapsenhoitokulttuurissa pullon ja tutin käyttö on tavallista. Joskus vauva opetetaan pullolle, jotta äiti saisi enemmän liikkumavaraa, kun muutkin pystyvät antamaan ravintoa vauvalle tarvittaessa. Jotkut äidit kokevat täysimetyksen liian sitovana, mutta toivovat silti voivansa osittaisimettää. Imetykseen tulee kannustaa silloinkin, kun se tapahtuu korvikeruokinnan ohella. Osittaisimetus on kuitenkin haasteellista, sillä se johtaa helposti siihen, että vauva alkaa hylkiä rintaa ja äidinmaidonkorvikkeen määrä vastaavasti kasvaa. Asiantunteva imetysohjaus ja konkreettiset neuvot ovat tarpeen imetyksen ylläpitämiseksi. Väestöliitto on vastikään julkaissut käytännönläheisen internet-oppaan osittaisimetyksestä ja pulloruokinnasta (Riihonen 2009). Tarvittaessa perheelle voidaan tarjota mahdollisuuksia lisäkäynteihin neuvolassa vauvan kasvun seurantaa varten, jotta oikea suhde rinta- ja pullomaidon välillä löytyisi. Mikäli äiti toivoo täysimetykseen palaamista, tulisi hänen saada asiantuntevaa ohjausta maitomäärän lisäämiseksi.

Kuuden kuukauden iästä alkaen kaikki vauvat ovat osittaisimetettyjä. Kun vauva alkaa syödä runsaammin muuta ruokaa, imetykserat yleensä harvenevat. Kiinteä lisäravinto soseena ei vähennä rintamaidon määrää yhtä paljon kuin äidinmaidonkorvike tai vellit (Hörnell ym. 2001). Neuvaloissa pitäisi osata neuvoa imettäviä äitejä yksilöllisesti tilanteissa, joissa runsas kiinteiden ruokien tarjoaminen uhkaa vähentää imetyksetoja tai maidon määrää liikaa – sekä myös tilanteissa, joissa vauva suosii imetystä niin, ettei muu ruoka kiinnosta lainkaan. Perheitä tulee kiittää ja kannustaa imetyksen suhteen vielä täysimetyksajan jälkeenkin.

## Äidit, jotka eivät imetä lainkaan

Aina imetys ei ole mahdollista. Imettämättömyys voi olla äidin oma valinta tai siihen ovat voineet vaikuttaa muut syyt. Suomessa vain harvat äidit valitsevat imettämättömyyden vauvan syntymästä asti. Pieni osa äideistä joutuu pidättäytymään imetyksestä omaan tai vauvan terveydentilaan tai lääkitykseen liittyvistä syistä. Imetyksen eduista kertova keskustelu heidän kanssaan ei saa olla painostavaa. Iho-kontaktiin ja varhaiseen vuorovaikutukseen tulee erityisesti kannustaa.

Tavallisempaa on, että äiti on aloittanut imetyksen, mutta se päättyy joko äidin toiveesta tai pettymykseksi liian aikaisin. Äidinmaidonkorviketta lapselleen antavat äidit eivät koe saavansa pulloruokintaan riittävästi ohjausta ja tukea neuvolasta (Pikkumäki 2008, Lakshman ym. 2009). Äidit kaipaavat konkreettisia ohjeita korvikkeen määrästä ja sen antamisen tekniikasta sekä henkistä tukea. On tärkeää vakuuttaa imetyksen aikaisin lopettanut äiti siitä, että vauvan lähellä pitäminen ja nopea reagoiminen vauvan viesteihin ovat edelleen merkittäviä ja tavoiteltavia asioita.

## Imetyspettymykset

Koska imettämättömyys on melko harvinaista, kohtaa perhe helposti ihmettelyä ja kysymyksiä. Niitä esitetään perheen ulkopuolelta, ja niitä voi nousta äidin omasta mielestä. Seurauksena voi olla turhaa syyllisyyttä, huonommuuden tunnetta ja puolustautumisen tarvetta. Imetys voidaan kokea menetyksenä tai epäonnistumisena, tai sen arvoa voidaan vastaavasti vähätellä.

Imettämättömyyden tunnekuorman kohtaaminen ja asialliset vastaukset kysymyksiin ovat tärkeitä, ja ne voidaan nähdä imetyksen edistämisenä. Pettymysten käsittely saattaa avata mahdollisuuksia etsiä seuraavien lasten syntyessä uusia ratkaisuja ja auttaa suhtautumaan myönteisesti muiden imetykseen. Terveystieteiden työntekijöiltä vaaditaan kykyä ottaa imetys rakentavasti puheeksi, kun odotettava äiti kertoo edellisen imetyksen jääneen lyhyeksi tai kun alkanut imetys on yhtäkkiä loppunut neuvolakäyntien välissä. Lyhyt imetys toistuu helposti seuraavien lasten kohdalla. Asiantunteva imetysohjaus on sen vuoksi erityisen tärkeää silloin, kun aikaisempi imetys ei ole onnistunut äidin toivomalla tavalla.

### *Toimenpiteet:*

- Synnytysairaaloissa ja neuvoloissa imettämättömyydestä keskustellaan äitejä voimaannuttavassa hengessä ja emotionaalisesti tukien.
- Synnytys sairaalat ja neuvolat varmistavat, että henkilökunnalla on riittävät tiedot ja taidot ohjata vanhempia imetyksen ylläpitämiseen silloin, kun lisäruokinta on välttämätöntä tai perheen toive, sekä turvalliseen korvikeruokintaan tarvittaessa.

- Neuvolat tarjoavat pulloruokinnan opastusta yksilöllisesti sitä tarvitseville perheille.
- Osittaisimetetyn vauvan vanhempia ohjataan perhelähtöisesti sekä imetyksessä että pulloruokinnassa.
- Vanhempia ohjataan siirtymään vähittäin osittaisimetyksestä täysimetykseen, jos he sitä toivovat ja se on mahdollista. Jos pulloruokintaa vähennetään, imetystä on samalla tehostettava.

## Lähteet

- Hörnell, A., Hofvander, Y., Kylberg, E. 2001, Solids and formula: association with pattern and duration of breastfeeding, *Pediatrics*, vol. 107, no. 3, pp. e38–e45.
- Lakshman, R., Ogilvie, D. & Ong K.K. 2009, Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies, *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 94, pp. 596–601.
- Pikkumäki, L. 2008, Foorumeilta vertaistukea, *Imetysuutisia*, no. 1.
- Riihonen, R. (toim.) 2009, Pullonpyörittäjien opas. Tietoa äidinmaidonkorvikkeista, osittaisimetyksestä ja äidinmaidon pumppaamisesta vauvaperheille, Väestöliitto. Saatavilla: [http://www.vaestoliitto.fi/mp/db/file\\_library/x/IMG/161662/file/PULLONPYORITTAJAT-tuloste2.pdf](http://www.vaestoliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/161662/file/PULLONPYORITTAJAT-tuloste2.pdf).
- Schanler, R.J. (ed) 2006, Breastfeeding handbook for physicians, American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists.



## 6 AMMATTIHENKILÖSTÖN KOULUTUS JA AMMATTITAIDON KEHITTÄMINEN

### 6.1 Imetystietouden kehittäminen lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan peruskoulutuksessa

Terveys- ja huollon ammattilaisten rooli imetyksen edistämisessä ja tukemisessa on tutkimusten mukaan tärkeä. Äitien imetys lisääntyy, jos heitä hoitavat terveydenhuollon ammattilaiset kannustavat heitä imetykseen ja antavat siihen tukea ja hyviä ohjeita varsinkin ongelmatilanteissa. Lääkäreiden merkitys äitien imetyspäättöksissä on todettu suureksi (Labarere ym. 2005).

Kansainvälisten tutkimusten mukaan monien terveydenhuollon ammattilaisten, kuten lääkäreiden ja hoitajien, imetysohjaukseen liittyvissä tiedoissa ja taidoissa on puutteita. Sekä äidit että hoitajat kokevat ongelmana hoitajien ja lääkäreiden tietomäärän vaihtelun. Erityisen pulmallisia ovat hoitajien ja lääkäreiden antamat ristiriitaiset ohjeet, jotka voivat herättää hämmennystä äideissä. Lääkäreillä on tutkimusten mukaan monissa maissa vähän tietoa imetyksestä, eivätkä tiedot välttämättä lisääntyneet lääkärinkoulutuksen aikana. Imetysasenteet ja tiedot voivat vaihdella, korvikeruokintaa saatetaan pitää yhtä hyvänä vaihtoehtona kuin imetystä, Vauvamyönteisyysohjelmaa tai imetettyjen ja pulloruokittujen lasten kasvukäyrien eroja imeväisiässä ei tunneta. Lääkärin omat tai puolison kokemukset imetyksestä lisäsivät tietoja merkittävästi. (Freed ym. 1995a ja 1995b, Howard ym. 1997).

Suomessa terveydenhuollon ammattilaisten imetysvalmiuksia on tutkittu vähän. Valtakunnallisen selvityksen mukaan terveydenhoitajat (n=327) pitivät ravitsemusneuvontaa erittäin tärkeänä osana työtään (Ilmonen ym. 2007). Raskausaikana imetykseen liittyvää ohjausta piti erittäin tärkeänä 91 % ja synnytyksen jälkeen 62 % terveydenhoitajista. Ravitsemusneuvontaa koskevista tiedoista oli kuitenkin puutteita, esimerkiksi vain alle puolet terveydenhoitajista tunsivat voimassa olevat imetys-suositukset. Virheellistä tietoa oli myös äidinmaidon koostumuksesta, äidinmaidon ja korvikkeen eroista sekä imetysajan energiantarpeeseen liittyvistä kysymyksistä. Lähes puolet vastaajista piti oman tiedon lisäämistä ja ravitsemuksen pääkohtien hallintaa keskeisimpänä kehittämiskohteena. Valtaosa (88 %) toivoi ravitsemukseen liittyvän täydennyskoulutuksen lisäämistä (Ilmonen ym. 2007).

Hoitajien tietoja ja asenteita voidaan muuttaa koulutuksella, mutta sen tulee olla riittävän laajaa ja tasokasta. Englannissa tehty tutkimus WHO:n 20 tunnin imetysohjaajakoulutuksen vaikutuksesta osoitti, että tiedot lisääntyivät ja myös asenteissa tapahtui selkeää muutosta (Wissett ym. 2000). Italiassa kolme päivää kestävä imetysohjauskoulutuksen avulla hoitajien imetykseen liittyvät tiedot pa-



ranivat, sairaalan hoitokäytännöt muuttuivat imetystä tukevammiksi ja yhä useampi äiti imetti (Cattaneo & Buzzetti 2001). Sen sijaan kolmen tunnin koulutus ei riittä muuttamaan asenteita (esim. Martens 2000).

## Imetysohjaajakoulutus terveydenhoitajan ja kättilön koulutuksessa

Suomessa sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden koulutukseen on 1980- ja 1990-luvuilla kuulunut vain muutamia imetystä käsitteleviä oppitunteja. Imetysohjaajakoulutus on vuodesta 2006 sisältynyt valtakunnallisiin osaamisvaatimuskuvauksiin, jotka eivät kuitenkaan ole oppilaitoksia sitovia (OPM 2006). Kättilökoulutuksen opetussuunnitelmaan on lisätty pakollisena WHO:n suositusten mukainen imetysohjaajakoulutus lähes kaikissa kättilöitä kouluttavissa ammattikorkeakouluissa. Terveydenhoitajakoulutuksessa imetysohjaajakoulutus on ollut pakollisena vain osassa ammattikorkeakouluja, osa on tarjonnut koulutusta vapaaasti valittavana ja osa ei lainkaan.

Osana kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman valmistelua tehtiin yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa sijaitsevan Neuvolatyön kehittämisen- ja tutkimuskeskuksen kanssa vuosien 2008–2009 vaihteessa kysely ammattikorkeakouluihin, joissa on kättilö- ja/tai terveydenhoitajakoulutusta. Kyselyn tarkoituksena oli saada tietoa imetysohjaajakoulutuksen toteuttamisesta kättilöiden ja terveydenhoitajien koulutuksessa. Kättilön koulutusohjelma on kahdeksassa ja terveydenhoitajan 23 ammattikorkeakoulussa. (Liitetaulukot 4 ja 5).

Tulosten mukaan imetysohjaajakoulutuksen sisältö ja määrä vaihtelevat suuresti (liitetaulukot 4 ja 5). Seitsemässä ammattikorkeakoulussa imetysohjaajakoulutus sisältyy kättilön koulutusohjelmaan pakollisina opintoina. Koulutus antaa kättilöopiskelijoille WHO:n suositettaman pätevyyden toimia imetysohjaajina, ja opiskelijat saavat koulutuksesta erillisen todistuksen. Terveydenhoitajien koulutusohjelmaan imetysohjaajakoulutus kuuluu selkeästi pakollisina opintoina yhdeksässä ammattikorkeakoulussa, ja koulutus antaa WHO:n suositettaman pätevyyden toimia imetysohjaajana. Viidessä ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajaksi opiskelevien on mahdollista valita imetysohjaajakoulutus vaihtoehtoisina tai vapaaasti valittavina opintoina.

Imetysohjaajakoulutukset aloitettiin seitsemässä ammattikorkeakoulussa jo 1990-luvulla, mutta valtaosassa ammattikorkeakouluja vasta vuonna 2000 tai sen jälkeen. Opetuksen laajuus vaihtelee alle yhdestä opintopisteestä kolmeen opintopisteeseen, tuntimäärät vaihtelevat 16–81 tuntiin. Imetysohjaajakoulutus sisältää teoriaopetusta, laboratio-opetusta, käytännön harjoittelua ja itsenäistä opiskelua. Kolme ammattikorkeakoulua ilmoitti, että terveydenhoitajaopiskelijoiden on mahdollista suorittaa osa imetysohjaajakoulutuksesta verkko-opiskeluna. Imetysohjauskoulutusta kättilön ja terveydenhoitajan koulutusohjelmissa toteuttaa yleensä

sä yksi tai kaksi opettajaa. Yhden ammattikorkeakoulun kättilön koulutusohjelmassa opetusta toteuttaa kuusi opettajaa. Koulutusta toteuttavilla opettajilla on joko imetysohjaaja- tai imetysohjaajakouluttajakoulutus tai molemmat. Yhdessä ammattikorkeakoulussa imetysohjaajakoulutus kuuluu koulutusohjelmaan pakollisina opintoina, mutta opetusta toteuttavalla opettajalla ei ole imetysohjaaja- eikä imetysohjaajakouluttajakoulutusta.

Imetysohjaajakoulutuksessa käsitellään mm. Vauvamyönteisyysohjelmaa, imetyssuosituksia, imetystilastoja, markkinointikoodia, imetyksen etuja äidille ja lapselle, rintamaidon koostumusta, imetyksen fysiologiaa, imettävän äidin ravitsemusta ja vastasyntyneen ravintosuosituksia, syötön havainnointia, vauvan rinnalle auttamista, työntekijän omia vuorovaikutustaitoja, imettävän äidin itseluottamuksen vahvistamista ja tuen antamista sekä imetyksen pulmatilanteita. Opetuksessa käytetään monipuolista aineistoa, joka sisältää kirjallisuutta, ajankohtaisia artikkeleita, tutkimuksia, videoita ja verkkosivustoja (esimerkiksi [www.imetys.fi](http://www.imetys.fi)). Imetysohjauksen harjoittelu toteutetaan joko osana ohjattua harjoittelua tai erillisenä ryhmäohjaustilanteena tavallisimmin lapsivuodeajan hoitojakson yhteydessä. Käytännön harjoitteluun kuuluvan näyttökokeen tai imetysohjaustilanteen arviointi tapahtuu yleensä lapsivuodeosastolla.

Imetysohjaukseen liittyvän opetuksen kehittämiseen haluttiin panostaa. Terveystieteiden opettajien ja opettajien koulutusta halutaan kannustaa valitsemaan imetysohjaajakoulutus vapaasti valittavina opintoina. Imetysohjaajakoulutus on tulossa terveydenhoitajan koulutusohjelman opetussuunnitelmaan ainakin kahdessa ammattikorkeakoulussa. Imetysohjauksen opetuksen kehittämisessä pidettiin tärkeänä laboraatio-opetuksen ja käytännön harjoittelun lisäämistä sekä verkko-opetuksen kehittämistä. Alueellisen ja kansainvälisen yhteistyön vahvistaminen olivat myös tärkeitä kehittämiskohteita. Valtakunnallista tukea kaivattiin säännöllisten imetysohjaajakouluttajien verkostotapaamisten järjestämiseen, opettajien omaan kouluttautumiseen ja tietojen päivittämiseen. Lisäksi tarvitaan valtakunnallisesti yhtenevät linjaukset imetysohjaajien koulutukseen.

## Imetystietous lääkäreiden koulutuksessa Suomessa

Kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman valmistelun osana keväällä 2008 tehtiin kaikkiin Suomen lääketieteellisiin tiedekuntiin kysely lääkäreiden peruskoulutukseen sisältyvän imetysopetuksen selvittämiseksi. Vastaukset saatiin oppiaineiden vastuuhenkilöiltä, opetushoitajilta ja/tai opintoasioista vastaavilta henkilöiltä.

Vastausten perusteella imetykseen liittyvien asioiden käsittely lääkäreiden peruskoulutuksessa on epäyhtenäistä ja osin sattumanvaraista. Imetystä käsitellään pääasiassa lastentautien, naistentautien ja synnytysten sekä yleislääketieteen opintojaksojen yhteydessä. Luennoilla ja seminaareissa imetysasiat tulevat yleensä esil-

le osana laajempia kokonaisuuksia, jotka liittyvät esimerkiksi lisääntymiseen, kasvuun ja kehitykseen, lasten ravitsemukseen sekä lääkkeiden käyttöön raskauden ja imetyksen aikana. Opiskelijat ovat käytännössä tekemisissä imetyksen ja siihen liittyvien kysymysten kanssa ryhmäopetuksissa ja harjoittelujaksoilla muun muassa äitiysneuvoloissa synnytyksen jälkitarkastusten yhteydessä, lapsivuodeosastoilla, lastenneuvoloissa ja sairaaloiden lastenosastoilla sekä poliklinikkajaksoilla esimerkiksi allergiayksiköissä. Näihin harjoittelujaksoihin liittyy usein myös luentomuu- toista opetusta, johon imetys voi sisältyä yhtenä käsiteltävänä aiheena. Kliinisen vaiheen harjoittelujaksoissa imetykseen liittyviä asioita tulee eteen tapauskohtaisesti ja vaihtelevasti, osin sattumanvaraisestikin. Ainakin kahdessa yliopistossa on lastentautien kursseilla käytössä ravitsemuskansio, johon sisältyy Vauvamyönteisyysohjelman kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen.

## Muut terveydenhuollon ammattiryhmät

Lähihoitajien koulutukseen sisältyvät imetyksen perustiedot. Lasten sairaanhoitajien koulutukseen on sisällynyt vain vähän imetysasioita, ja perustiedot tulisi sisällyttää koulutukseen. Tarpeenmukainen työpaikkakohtainen lisä- ja täydennyskoulutus on tärkeää, ja sitä tulee tukea. Hammaslääkäreiden ja suuhygienistien koulutuksessa imetys tulee esille monessa eri yhteydessä ja opintojaksossa osana laajempia opintokokonaisuuksia. Suuhygienistien koulutuksessa imetyksen yhteyttä suun terveyteen käsitellään muun muassa seuraavista näkökulmista: neuvo- laikäisten suun terveydenhuolto, imetys ja karieksen hallinta sekä imetyksen vaikutus purennan kehittymiseen. Ravitsemusterapeuttien koulutuksessa raskaus- ja imetysajan ravitus käydään perusteellisesti läpi. Imetyksen fysiologian tuntemus on tarpeen puheterapeuttien koulutuksessa. Psykologien imetystietoutta on tarpeen vahvistaa.

## Imetysopetuksen ja ravitsemustietouden kehittäminen peruskoulutuksessa

Terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat näyttöön perustuvaa koulutusta voidakseen toimia imetyksen tukijoina (Dennis 2002, Sikorski ym. 2003). Imetysopetusta sekä lääkäreiden että hoitohenkilökunnan peruskoulutuksessa on tarpeen edelleen kehittää. Lääkäreiden peruskoulutukseen on sisällytettävä seuraavat perustiedot imetyksestä:

Imetyksen fysiologiaa

- rintojen anatomia ja maidonerityksen fysiologia
- rintamaidon koostumus ja immunologiset ominaisuudet
- imetyksen terveydelliset ja psykologiset hyödyt lapselle ja äidille.

### Imetyksen käytäntöä

- ensi-imetyksen, vierihoidon ja lapsentahtisen imetyksen merkitys imetyksen onnistumiselle
- oikean imemisotteen ja tehokkaan imemisen tunnistaminen
- keskosten ja muiden erityisryhmien imetys
- imetettyjen ja korvikeruokittujen lasten kasvu
- yleisimpien rintaongelmien tunnistaminen ja hoito
- imettävän äidin ravitsemussuosituks
- imettävälle äidille soveltuvat lääkkeet
- imettävän äidin ehkäisyasiat.

### Imetyssuosituks

- kansalliset imetyssuosituks
- WHO:n kansainvälinen Vauvamyönteisyysohjelma ja kymmenen askeleen ohjelma
- kansainvälinen äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodi ja äidinmaidonkorvikkeita koskeva lainsäädäntö.

Osana toimivaa hoitoketjua lääkäreillä tulisi olla mahdollisuus ohjata äiti tarvittaessa asiantuntevan imetysohjaajan vastaanotolle tai konsultoida imetyksen erityisasiantuntijaa. Lääkäreiden peruskoulutukseen tulisi lisäksi sisällyttää tietoa ja koulutusta äidinmaidonkorvikkeista ja vieroitusvalmisteista, niiden oikeasta käytöstä tarvittaessa sekä korvikeruokinnan vaikutuksesta imetykseen.

Terveys hoitajien ja kättilöiden peruskoulutuksen tulee sisältää imetysohjaajakoulutusta vastaavat tiedot. Muiden ryhmien peruskoulutukseen on tarpeen sisällyttää perustiedot imetyksestä ja sen tukemisesta. Samalla on kehitettävä näiden ammattiryhmien raskaus- ja imetysajan ravitsemusosaamista.

### *Toimenpiteet:*

- Ammattikorkeakoulut sisällyttävät imetysohjaajakoulutuksen terveydenhoitajien ja kättilöiden koulutusohjelmiin mieluiten pakollisina opintoina luvun vuoden 2010–2011 alkuun mennessä. Imetysohjaajakoulutusta tulee lisäksi tarjota täydennyskoulutuksena, jotta alalla toimivan henkilöstön osaamista saadaan tuettua mahdollisimman pian.
- Ammattikorkeakoulut kehittävät kättilöille ja terveydenhoitajille tarjottavaa ammattilaisten antamaa ravitsemuskoulutusta yhteistyössä THL:n ja STM:n asiantuntijoiden kanssa.
- Lääketieteelliset tiedekunnat huolehtivat siitä, että pikkulasten ravitsemus mukaan lukien imetys sisällytetään kaikkien lääkäreiden peruskoulutukseen jokaisessa lääketieteellisessä tiedekunnassa.
- Suuhygienistien ja hammaslääkärien peruskoulutuksessa kiinnitetään huomiota ajantasaiseen tietoon imetyksestä.

- Puheterapeuttien ja psykologien koulutukseen sisällytetään perustiedot imetyksestä.
- Lasten sairaanhoitajien koulutukseen sisällytetään perustiedot imetyksestä.
- THL kokoaa säännöllisin väliajoin lääketieteellisten tiedekuntien edustajat ja imetysohjaajakoulutusta antavat opettajat koulutuksen yhtenäistämiseksi ja laadun kehittämiseksi sekä opettajien oman tietotason varmistamiseksi.

## 6.2 Täydennys- ja lisäkoulutuksen kehittäminen

Peruskoulutuksen lisäksi on tarpeen kehittää imetykseen liittyvää täydennys- ja lisäkoulutusta. Lähtökohtana ovat terveydenhuollon ammattihenkilöiden lakisääteinen velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan sekä kansanterveystieteissä ja erikoissairaanhoitolaissa säädetty työnantajan ja työntekijän täydennyskoulutusta koskevat velvoitteet. Täydennyskoulutuksen tarkemmasta sisällöstä, laadusta ja määrästä, järjestämisestä sekä seurannasta ja arvioinnista säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa. Näitä säädöksiä täydentää valtakunnallinen täydennyskoulutussuositus (STM 2004). Kunnallisen työmarkkinalaitoksen tehtävänä on seurata täydennyskoulutukseen osallistumista ja sen kustannuksia valtakunnan tasolla.

Lääkäreiden erikoislääkärikoulutusohjelmiin tulisi sisällyttää syventävää koulutusta imetyksestä ja rintamaidon merkityksestä imeväisen kasvulle ja kehitykselle. Esimerkiksi erikoislääkäriyhdistysten kuten Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen ja Suomen Perinatologisen seuran koulutustapahtumissa olisi luontevaa järjestää täydennyskoulutusta aiheesta.

Kaikilla äitiyshuollossa sekä lastenneuvoloissa ja vastasyntyneiden vuodeosastoilla toimivilla terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla vähintään *imetysohjaajan* koulutuksen (nykyisin 1,5 opintopistettä) laajuinen koulutus imetysohjaukseen. Vuonna 2008 tämä koulutus oli suurimmalla osalla synnytyssairaloissa toimivasta hoitotyön henkilöstöstä (83 %, ks. luku 3.2). Neuvoloissa toimivien terveydenhoitajien täydennyskoulutustarve on paljon suurempi. Vuonna 2004 tehdyn valtakunnallisen neuvolaselvityksen mukaan imetysohjaajakoulutus oli noin kolmanneksella (32 %) terveydenhoitajista (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Ammattikorkeakouluissa työskentelevillä imetysohjaajakoulutuksesta vastaavilla opettajilla tulee olla pedagogisen pätevyyden lisäksi myös imetysohjaajakouluttajan pätevyys. Koulutuksen laatua ja toteuttamistapaa on tarpeen kehittää ja yhtenäistää ja tuottaa koulutuksissa käytettävää kuva-, video- ja kirjallista oppimateriaalia kaikkien ammattiryhmien käyttöön.

Koska tieto imetyksen terveysvaikutuksista ja toimivista ohjauskäytännöistä karttuu jatkuvasti, tulisi käytännön hoitotyössä työskentelevillä olla mahdollisuus

päivittää osaamistaan imetysohjaajakoulutuksen suorittamisen jälkeenkin. Täydennyskoulutus voi olla lyhytkestoista, mutta sen tulisi olla säännöllistä, muuttaman vuoden välein toteutuvaa. Myös sijaishenkilökunnan tarpeenmukaisesta koulutuksesta tulee huolehtia.

Lisäksi kaikissa äitiyshuollon, imeväisten (ml. lastenneuvolat) ja vastasyntyneiden toimintayksiköissä sekä imetyspoliklinikoilla tarvitaan ammattilaisia, joilla on imetysohjaajakoulutuksen lisäksi *imetysohjaajakouluttajan* pätevyys. Imetysohjaajakouluttajat kehittävät, toimeenpanevat ja arvioivat imetysohjauksen toimintasuunnitelmaa ja järjestävät sen mukaista koulutusta. Imetysohjaajakouluttajat toimivat asiantuntijoina imetyksen ongelmatilanteissa ja ylläpitävät imetykseen liittyvää jatkuvaa seurantaa ja tilastointia omissa organisaatioissaan. Imetysohjaajakouluttajat voivat myös toimia organisaationsa paikallisina koordinaattoreina ja tehdä yhteistyötä aluekoordinaattorin kanssa.

Vuonna 2009 imetysohjaajakouluttajia oli koulutettu noin 200, ja 76 heistä toimi 23 synnytysairaalan synnytysyksiköissä (ks. luku 3.2). Tämän koulutuksen saaneita tarvitaan lisää, jotta heitä olisi jokaisessa synnytysairaalassa ja alkuun ainakin suurimmissa terveyskeskuksissa ja vähitellen terveyskeskusten määrän vähentyessä jokaisessa terveyskeskuksessa (arvioitu määrä noin 100). Käytännön kokemus on osoittanut, että kahtakymmentä imetysohjaajaa kohden tulisi olla vähintään yksi imetysohjaajakouluttaja. Lisäksi keskussairaaloissa tulisi jokaisessa synnytysyksikössä olla vähintään kaksi imetysohjaajakouluttajaa.

Kouluttajakoulutuksia on toteutettu vuodesta 2000 lähtien ammattikorkeakoulu Stadiassa Helsingissä (1.8.2008 alkaen Metropolia ammattikorkeakoulu) ja vuodesta 2007 alkaen osana täydennyskoulutustarjontaa (laajuus 3–7 opintopistettä). Kouluttajakoulutukseen osallistujilta edellytetään terveydenhuollon koulutusta ja työkokemusta sekä imetysohjaajakoulutusta tai vastaavia pohjatietoja. Koulutuksen jälkeenkin ainakin ensimmäisten imetysohjaajakoulutusten toteuttamisessa edellytetään yhteistyötä kokeneen kouluttajan kanssa. Imetysohjaajakouluttajakoulutus koostuu eri alojen asiantuntijoiden luennoista, pedagogisten valmiuksien kehittämisestä, oppimateriaaleihin, videoihin ja havainnointivälineisiin tutustumisesta sekä case-opiskelusta ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi ja käden taitojen vahvistamiseksi. Lisäksi perehdytään imetykseen liittyviin tutkimusartikkeleihin ja suosituksiin, imetyksen tilastointiin, imetysnäyttöjen vastaanottoon ja asiantuntijana toimimiseen. Koulutuksen aikana tutustutaan imetyksen edistämiseen kansallisella ja kansainvälisellä tasolla sekä valtakunnalliseen imetysohjaajakouluttajien verkostoon.

Suomessa tarvitaan myös erityisasiantuntijatason imetysohjauksen osaamista. *IBCLC-tutkinnon* suorittaneet imetyksen erityisasiantuntijat voivat työskennellä sairaaloissa ja avoterveydenhuollossa, vastata imetysohjauksen kehittämisestä ja antaa konsultaatioapua ongelmatilanteissa. He voivat toimia sairaanhoitopiirinsä imetyksestä vastaavina aluekoordinaattoreina tai työskennellä imetyspoliklinikoilla asiantuntijoina. Suomessa on toistaiseksi kuusi IBCLC-tutkinnon suorittanut-

ta ammattilaista. He ovat suorittaneet tutkinnon ulkomailta (vuosina 2005–2009), koska tutkinnon suorittamismahdollisuutta ei Suomessa vielä ole. Tutkinnon suorittaminen edellyttää vankkaa työkokemusta imetysohjauksesta, teoriaopintoja sekä loppukokeen suorittamisen (lisätietoa: [www.iblce.org](http://www.iblce.org)). Asiantuntijaryhmän pyynnöstä Metropolia ammattikorkeakoulussa kartoitettiin mahdollisuutta IBCLC-tutkinnon suorittamiseen valmentavan koulutuksen järjestämiseksi Suomessa osana Metropolian ammatillista täydennyskoulutusta. Mikäli riittävä määrä hakijoita ilmoittautuu, koulutus toteutetaan. Mikäli loppukoe on suorittamassa riittävän suuri joukko, pyritään myös tutkinnon suorittamismahdollisuus järjestämään Suomeen. Samalla voidaan kehittää IBCLC-tutkintoon liittyvää yhteistyötä muiden ammattikorkeakoulujen kanssa.

#### *Toimenpiteet:*

- Odottavia äitejä, vastasyntyneitä ja imeväisiä hoitavat terveydenhuollon yksiköt huolehtivat henkilökuntansa säännöllisestä imetykseen liittyvästä moniammatillisesta täydennyskoulutuksesta.
- Ammattikorkeakoulu Metropolia jatkaa imetysohjaajakouluttajien koulutusta niin, että kaikissa synnytyssairaaloissa ja vähitellen kaikissa terveyskeskuksissa on imetysohjaajakouluttajan koulutuksen saaneita terveydenhoitajia ja kätilöitä.
- Sairaalat ja terveyskeskukset järjestävät imetysohjaajakoulutusta siten, että kaikilla äitiyshuollossa ja lastenneuvoloissa toimivilla hoitotyön ammattilaisilla, jotka työssään ohjaavat imettäviä äitejä, on vähintään imetysohjaajan koulutus.
- Metropolia ammattikorkeakoulu ottaa vastuun imetysohjaaja- ja imetysohjaajakouluttajakoulutuksen laadun ja toteuttamistavan kehittamisestä ja yhtenäistämisestä yhteistyössä valtakunnallisen imetysohjaajakouluttajien verkoston ja THL:n kanssa.
- IBCLC-tutkinnon suorittamiseen valmentava koulutus Suomessa organisoidaan osana Metropolia ammattikorkeakoulun ammatillista täydennyskoulutusta. Mikäli tutkintoa on suorittamassa riittävän suuri joukko, pyritään loppukokeen suorittamismahdollisuus järjestämään Suomeen.
- Imetysohjaajakouluttajien verkosto edistää imetyksen asiantuntemusta järjestämällä edelleen eri ammattiryhmille suunnattuja koulutustilaisuuksia ja teemapäiviä omissa organisaatioissaan tai alueellisena tai valtakunnallisena yhteistyönä.

## 6.3 Hoitosuositukset ja sähköinen aineisto ammattilaisten tukena

Hoitosuositukset perustuvat parhaaseen tutkimusnäyttöön ja kliiniseen asiantuntemukseen. Ne luovat pohjan päätöksenteolle tietyn terveysongelman ratkaisemisessa. Hoitotyön tutkimuslaitoksen ”Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin” -hankkeessa on valmisteilla suositus raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin/perheen imetysohjauksen ja tuen toteuttamisesta Suomessa. Suosituksen tavoitteena on määritellä, minkälaista on vaikuttava imetystä edistävä ohjaus ja tuki raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen ja mitkä muut terveydenhuollon interventiot edistävät kansallisten imetyssuositusten mukaista imetystä. Suosituksen avulla terveydenhuollon henkilökunnan tietotaito ja ammatillinen osaaminen kehittyvät, ohjauskäytännöt yhdenmukaistuvat alueellisesti ja valtakunnallisesti ja imetysohjauksen vaikuttavuus paranee. Suosituksen on määrä valmistua vuoden 2009 aikana ja se julkaistaan mm. Hoitotyön tutkimussäätiön kotisivuilla ([www.hotus.fi](http://www.hotus.fi)). Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito -suosituksia on valmistunut myös äitiyshuoltoa ja imeväisiä koskevista aiheista, esimerkiksi raskausdiabeteksestä ja lasten ruoka-allergioista ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)).

Imetyksen edistämisen tueksi on valmistunut useita kansainvälisiä hoitosuosituksia. Esimerkiksi ILCA (2005) on laatinut hoitosuosituksen täysimetyksen edistämiseksi. Ohjeet ja suositukset löytyvät osoitteesta <http://www.guidelines.gov>.

Terveydenhuollon ammattilaisten tueksi tarkoitettu terveystietoportti ([www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)) on nykyisin lähes kaikkien terveydenhuollon toimipisteiden käytössä, tosin pääsy eri tietokantoihin vaihtelee. Kehitteillä olevat THL:n sivut ([www.thl.fi](http://www.thl.fi)) tulevat tarjoamaan tietoa imetyksen tukemisesta myös terveydenhuollon ammattilaisille.

### Toimenpiteet:

- Eri ammattiryhmien koulutuskäyttöön tuotetaan näyttöön perustuvaa, ajantasaista ja laadultaan yhtenäistä aineistoa imetyksestä.
- Imetykseen liittyvistä hoitosuosituksista sekä kansallisista ja kansainvälisistä imetyskonferensseista ja koulutuksista tiedotetaan THL:n sivuilla.

## Lähteet

- Cattaneo, A. & Buzzetti, R. 2001, Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative, *British Medical Journal*, vol. 323, no. 7325, pp. 1358–1362.
- Dennis, C.L. 2002, Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature re-

view, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 31, no. 1, pp. 12–32.

- Freed, G.L., Clark, S.J., Curtis, P. & Sorenson, J.R. 1995a, Breast-feeding education and practice in family medicine, *The Journal of Family Practice*, vol. 40, no. 3, pp. 263–269.



- Freed, G.L., Clark, S.J., Sorenson, J., Lohr, J.A., Cefalo, R. & Curtis, P. 1995b, National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience, *The Journal of the American Medical Association*, vol. 273, no. 6, pp. 472–476.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005, Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2005:22, Helsinki.
- Howard, C.R., Schaffer, S.J. & Lawrence, R.A. 1997, Attitudes, practices, and recommendations by obstetricians about infant feeding, *Birth*, vol. 24, no. 4, pp. 240–246.
- Ilmonen, J., Isolauri, E. & Laitinen, K. 2007, Ravitsemusneuvonta koetaan tärkeäksi neuvolatyössä, *Suomen Lääkärilehti*, vol. 40, no. 62, pp. 3661–3666.
- Labarere, J., Gelbert-Baudino, N., Ayrat, A.S., Duc, C., Berchotteau, M., Bouchon, N., Schelstraete, C., Vittoz, J.P., Francois, P. & Pons, J.C. 2005, Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs, *Pediatrics*, vol. 115, no. 2, pp. e139–46.
- Martens, P.J. 2000, Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance? The experience of a small, rural Canadian hospital, *Journal of Human Lactation*, vol. 16, no. 4, pp. 309–318.
- Opetusministeriö 2006, Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot, ja vähimmäisopinnot, Opetusministeriö, työryhmuistioita ja selvityksiä 24, Helsinki.
- Sikorski, J., Renfrew, M.J., Pindoria, S. & Wade, A. 2003, Support for breastfeeding mothers: a systematic review, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 17, no. 4, pp. 407–417.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus, Sosiaali- ja terveysministeriö, oppaita 2004:3, Helsinki.
- Wissett, L., Dykes, F. & Bramwell, R. 2000, Breast-feeding. Evaluating the WHO/UNICEF breast-feeding course, *British Journal of Midwifery*, vol. 8, no. 5, pp. 294–300.

## 7 KANSALLISEN, ALUEELLISEN JA PAIKALLISEN OHJAUKSEN, YHTEISTYÖN JA TYÖNJAON KEHITTÄMINEN

### 7.1 Kansalliset toimijat ja vastuut

Keskeisiä imetyksen edistämisen kansallisen tason toimijoita ovat sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), opetusministeriö (OPM), Opetushallitus (OPH), kolmas sektori, erityisesti terveyden edistämisen järjestöt, ja alan ammattijärjestöt. Myös maa- ja metsätalousministeriön sekä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan tehtävänä on laaja-alaisesti edistää väestön ravitsemusta.

*Sosiaali- ja terveysministeriön* tehtävänä on vastata sosiaali- ja terveystoiminnan kehittämistä koskevan lainsäädännön valmistelusta, suunnittelusta, päätöksenteosta ja toimeenpanosta sekä vastuullaan olevan politiikan valvonnasta ja ohjauksesta. Imetyksen edistämistä käsitellään mm. terveyden edistämisen (ravitsemus, lapsiperheet) ja terveyspalvelujen järjestämisen yhteydessä. Lapsiasiavaltuutettu seuraa YK:n lapsen oikeuksien toteutumista ja tekee ehdotuksia oikeuksien paremmaksi toteutumiseksi.

*Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen* tehtävänä on muun muassa seurata väestön hyvinvointia ja terveyttä ja niihin vaikuttavia tekijöitä sekä kehittää ja edistää toimenpiteitä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Lisäksi laitos kehittää sosiaali- ja terveyspalveluja, huolehtii informaatio-ohjauksesta (oppaat, suositukset), ylläpitää alan tilastoja, tiedostoja ja rekistereitä ja antaa asiantuntijatukea kunnille (L 668/2008). Imetyksen edistämiseen liittyviä kysymyksiä käsitellään Elämänvaihe ja palvelut -osastolla ja Elintavat ja osallisuus -osastolla (ravitsemus).

*Opetusministeriön* vastuulla ovat yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen antama koulutus sekä ammatillinen koulutus. Kolmevuotisissa tavoitesopimuksissa sovitaan ammattikorkeakoulun toiminnalle asetettavista, kansallisen korkeakoulupolitiikan kannalta keskeisistä tavoitteista ja niiden seurannasta sekä keskeisistä valtakunnallisista kehittämishankkeista. Opetusministeriö vahvistaa ammattikorkeakoulujen koulutusohjelmat siten, että päätöksestä käy ilmi koulutusohjelman nimi, tarvittaessa suuntautumisvaihtoehdot, tutkinto ja tutkintonimike, koulutusohjelman sekä harjoittelun laajuus opintopisteinä. Ammattikorkeakoulut päättävät itse koulutuksen sisällöstä ja opetussuunnitelmasta. Terveystieteen ammattikorkeakoulutusta koskevissa osaamiskuvauksissa määritellään terveydenhuollon ammatillinen ydinosaaminen (OPM 2006).

*Opetushallitus* on opetuksen kehittämisvirasto, joka vastaa muun muassa esi- ja perusopetuksen, lukio-opetuksen ja ammatillisen opetuksen kehittämisestä. Terveystieto oppiaineena ja siihen liittyvä oppimateriaali ovat keskeisiä perhe-elämään liittyvien asenteiden ja tietojen välittämisessä.

*Valtion ravitsemusneuvottelukunnan* tehtävänä on muun muassa seurata ja kehittää kansanravitsemusta laatimalla ravitsemussuosituksia, antamalla toimenpite-ehdotuksia ja seuraamalla toimenpiteiden toteutumista ja vaikutusta kansanterveyteen.

*Kolmannella sektorilla* toimii joukko yhdistyksiä ja järjestöjä, joilla on imetyksen edistämiseen liittyviä toimintoja. Niistä keskeisiä ovat Imetyksen tuki ry ja Mannerheimin lastensuojeluliitto. Kolmannella sektorilla on muun muassa asiakastyötä, väestölle ja ammattilaisille suunnattua informaatiotuotantoa ja verkkopalvelua. Osa toiminnasta on paikallista, osa alueellista tai valtakunnallista.

*Monet sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestöt*, esimerkiksi Suomen Kätilöliitto, Suomen Terveystieteiden liitto sekä erikoislääkäriyhdistykset kuten Suomen Lastenlääkäriyhdistys ja Suomen Perinatologinen seura, kehittävät imetyksen edistämiseen liittyviä ammattikäytäntöjä ja esittelevät niitä julkaisuissaan, kotisivuillaan ja koulutuspäivillään sekä järjestävät koulutusta.

Imetyksen edistäminen edellyttää kansallisen vastuutahon määrittelyä ja eri tahojen yhteistyön koordinoitua. Keskeinen vastuu kuuluu Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselle. Kansallisen ohjauksen suunnitelmallisuutta, säännöllisyyttä ja jatkuvuutta on tarpeen kehittää. Kansallinen imetysohjelma muodostaa tässä työssä ensimmäisen askeleen. Sen toimeenpanon tukemiseksi ja imetyksen edistämisen jatkuvuuden takaamiseksi tarvitaan riittävät rakenteet myös Suomeen. Välttämättömiä rakenteita ovat imetyksen koordinaattori ja kansallinen imetyksen seurantaryhmä. Näitä on suositeltu myös EU:n imetyksen edistämisen toimintaohjelmassa (EU 2004 ja 2008).

Imetyскоordinaattori toimii jo useassa maassa, esimerkiksi Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa. Imetyскоordinaattorilta edellytetään vähintään maisterintutkintoa, imetysohjaajakouluttajan koulutusta ja IBCLC-pätevyyttä.

Imetyскоordinaattorin tehtäviä ovat:

- yhteydenpito sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten vastuuhenkilöihin
- yhtenäisten, näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen, mukaan lukien Vauvamyönteisyysohjelman, edistäminen
- imetystä tukevan aineiston seuranta ja kehittäminen
- imetysohjaajakouluttajien ja imetysohjaajien koulutuksen seuranta, imetysohjaajakouluttajien työn tukeminen
- yhteistyö imetysohjaajakouluttajien valtakunnallisen verkoston ja järjestöjen kanssa
- tilastoyhteenvetojen tekeminen ja imetyksen edistämisen seuranta
- kotisivujen ylläpito, yhteistyö TerveSuomi.fi -sivustojen kanssa

- ajankohtaistiedotteiden laatiminen, mediayhteistyö
- imetyspäivän suunnittelun koordinointi
- kansainvälinen yhteistyö yhdessä STM:n kanssa (kyselyihin vastaaminen, WHO)
- kansainvälisten imetystä koskevien systemoitujen katsausten ja hoitosuosituksen seuranta
- tutkimustarpeiden tunnistaminen ja kokoaminen sekä tiedon välittäminen niistä
- toimintaohjelman arviointi vuonna 2013 ja sen päivittämisen organisointi
- asioiden valmistelu kansallisen imetyksen seurantaryhmän kokouksiin.

Imetyksen edistämistä koordinoimaan ja toimintaohjelman toimenpide-esitysten toteutumista seuraamaan tarvitaan EU:n suosituksen mukaisesti kansallinen yhteistyö- ja seurantaryhmä. Työryhmä olisi tärkeä nimetä mahdollisimman pian toimintaohjelman valmistuttua. Työryhmä voisi kokoontua tarpeen mukaan, aluksi noin neljä kertaa vuodessa, myöhemmin harvemminkin.

Kansallisen seurantaryhmän tehtäviä ovat:

- toimintaohjelman toteutuksen tukeminen ja seuranta
- imetystilanteen kansallinen seuranta
- ehdotusten tekeminen imetyksen edistämiseksi (käytännöt, seuranta, tutkimus)
- eri tahojen työn koordinointi.

#### *Toimenpiteet:*

##### STM

- tukee imetystä neuvolatoimintaa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa koskevan asetuksen avulla. Asetuksen edellyttämään terveysneuvontaan sisältyvät velvoitteet imetyksen tukemisesta sekä kotikäynnin ja perhevalmennuksen järjestämisestä. Asetus (380/2009) on astunut voimaan 1.7.2009.

##### THL

- ottaa vastuun imetyksen kansallisesta edistämisestä, imetyksen tukemisen kehittämisestä, seurannasta ja arvioinnista osana terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ja ehkäisevien palvelujen kehittämistä
- nimeää imetyksen kansallisen koordinaattorin vuoden 2010 aikana
- asettaa imetyksen kansallisen seurantaryhmän vuonna 2010
- tukee ammattihenkilöiden työtä tuottamalla ajantasaista ja päivitettyä imetystietoa verkkosivuilleen vuoden 2010 aikana
- vastaa imetystä ja ravitsemusta koskevien ohjeiden ja suositusten päivittämisestä
- antaa ohjeita muista imetystä edistävästä toimintatavoista
- edistää ammattihenkilöiden täydennyskoulutusta

- tekee yhteistyötä synnytyssairaaloiden ja imetysohjaajakouluttajien verkoston kanssa Vauvamyönteisyysohjelmaan liittyvien arviointikäytäntöjen yhtenäistämiseksi ja järjestämiseksi keskitetysti. Vauvamyönteisyyssertifikaatin saaneiden yksiköiden uudelleenarviointi järjestetään sovitun käytännön mukaisesti.

#### OPH

- uusii perusopetuksen ja lukiokoulutuksen opetussuunnitelmien ja tutkintojen perusteet lähivuosina ja tarkistaa imetykseen liittyvät tietosisällöt ja imetystä koskevat asenteet terveystiedon opetuksessa.

## 7.2 Alueellinen työnjako ja yhteistyö

Alueellisen tason toimijoista ensisijaisia ovat sairaanhoitopiirit ja niitä ylläpitävät kuntayhtymät. Erikoissairaanhoitolain (L 1062/1989) (jatkossa terveydenhuoltolain) mukaan sairaanhoitopiiriin tehtäviin kuuluu väestön terveyden edistäminen. Sairaanhoitopiirien on huolehdittava yhteistyössä terveyskeskusten kanssa kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon toiminnallisesta kokonaisuudesta sekä täydennyskoulutuksesta. Imetyksen osalta sairaanhoitopiirit ovat huolehtineet näistä tehtävistä vaihtelevasti. Joissakin sairaanhoitopiireissä on järjestetty alueellista yhteistyötä esimerkiksi äitiyshuollon toimijoiden kanssa. Imetyksen edistäminen on tarkoituksenmukaista sisällyttää sairaanhoitopiiriin terveyden edistämisen suunnitelmaan.

Imetyksen edistämiseksi alueellisella tasolla tarvitaan toimintojen koordinoitua ja yhtenäistämistä sekä imetyksen seuranta. Imetyksen edistäminen kuuluisi luontevasti äitiyshuollon tai vastaavan työryhmän toimialaan. Jokaiseen sairaanhoitopiiriin tarvitaan imetyksestä vastaava aluekoordinaattori, jolla on vähintään imetysohjaajakouluttajan pätevyys. Tavoitteena on, että myös aluekoordinaattoreilla olisi tulevaisuudessa IBCLC-pätevyys. Jos sairaanhoitopiirissä on imetyspoliklinikka, aluekoordinaattorin tehtävät voisivat kuulua siellä työskentelevän ammattihenkilön toimenkuvaan.

Aluekoordinaattorin tehtäviä ovat:

- yhtenäisten käytäntöjen edistäminen sairaanhoitopiirissä mukaan lukien terveyskeskukset
- alueellisen koulutuksen koordinointi
- vauvamyönteisyyden edistäminen alueen synnytyssairaloissa ja terveyskeskuksissa
- alueellisen imetyksen edistämisen seurannan koordinointi
- alueellisen imetyspäivän järjestäminen yhteistyössä alueen käytännön toimijoiden, oppilaitosten ja järjestöjen kanssa
- yhteydenpito kouluttajiin (ammattikorkeakoulut, yliopistot, muut).

Alueellisia toimijoita ovat myös yliopistot ja ammattikorkeakoulut, joiden tehtäviin kuuluu koulutuksen ohella tutkimus- ja kehittämistyö omilla alueillaan. Opilaitokset pystyvät usein välittämään alueeltaan tulevia imetyksen edistämisen tutkimus-, koulutus ja kehittämistarpeita. Ne voivat myös välittää uutta tutkimustietoa alueensa toimijoille.

*Toimenpiteet:*

- Jokainen sairaanhoitopiiri nimeää imetyksestä vastaavan aluekoordinaattorin vuoden 2010 aikana.
- Sairaanhoitopiirit ottavat käyttöön Vauvamyönteisyysohjelman vuoden 2011 loppuun mennessä.
- Sairaanhoitopiirit edistävät aktiivisesti imetystä osana niille kuuluvaa terveydenedistämistehtävää:
  - tarkistavat Kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman perusteella imetysohjaukseen liittyvät toimintatavat, ohjeet ja yhteistyömuodot sekä ohjauksen tukena käytettävän kirjallisen aineiston laadun
  - sopivat yhteisistä hoitoketjuista perusterveydenhuollon kanssa
  - järjestävät säännöllisiä koulutuksia yhteistyössä alueen koulutusorganisaatioiden kanssa
  - seuraavat imetystilannetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

## 7.3 Paikallinen työnjako ja yhteistyö

Kunnan tehtävänä on edistää väestönsä terveyttä ja järjestää riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Imetyksen edistämisen näkökulmasta keskeisiä ovat kansanterveyslain (66/1972) (jatkossa terveydenhuoltolain) mukaan järjestettävät äitiys- ja lastenneuvolapalvelut sekä terveyskeskuslääkärin vastaanotot. Terveyskeskuksia oli vuonna 2008 noin 200 ja äitiys- ja lastenneuvoloita noin 800. Terveyskeskusten määrän arvioidaan vähenevän Paras-uudistuksen myötä noin sataan. Saatavilla olevien tietojen mukaan imetyksen edistämistä toteutetaan terveyskeskuksissa varsin kirjavasti (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Imetyksen edistämiseksi terveyskeskuksissa tarvitaan toimintojen yhtenäistämistä ja toiminnoista sopimista. Imetyksen edistäminen tulee sisällyttää kunnan terveyden edistämisen strategiaan ja ehkäisevien palvelujen suunnitelmaan.

Imetyksen edistäminen tehostuu, jos yksi terveyskeskuksen työntekijöistä nimitetään imetyksen edistämisestä vastaavaksi paikalliseksi koordinaattoriksi. Pätevyysvaatimuksena tulee edellyttää imetysohjaajakouluttajan koulutusta.

Paikallisen koordinaattorin tehtäviä ovat:

- tiivis yhteistyö ensisijaisesti aluekoordinaattorin kanssa, mutta lisäksi tarpeen mukaan muiden paikallisten koordinaattoreiden kanssa
- käytäntöjen yhtenäistäminen terveyskeskuksessa toimintaohjelman perusteella (imetysohjaukseen liittyvät toimintatavat, ohjeet, yhteistyömuodot ja asiakkaille jaettavan aineiston laadun tarkistaminen, mukaan lukien perhevalmennus ja kotikäynnit sekä varhainen vuorovaikutus)
- tarvittavien koulutustilaisuuksien organisointi terveyskeskuksessa
- vauvamyönteisyyden edistäminen terveyskeskuksessa
- imetyksen toteutumisen seuranta.

*Toimenpiteet:*

- Jokaiseen terveyskeskukseen nimetään imetyksen edistämisestä vastaava paikallinen koordinaattori vuoden 2010 aikana.
- Jokaisessa terveyskeskuksessa otetaan käyttöön avoterveydenhuollon Vauvamyönteisyysohjelma (Neuvolan seitsemän askelta: Imetyksen edistäminen avoterveydenhuollossa, liite 2) viimeistään vuoden 2011 aikana.

## Lähteet

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2008. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised), European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.

EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2004. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action, European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.

Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., Saaristo, V., Hastrup, A. & Rimpelä, M. 2008,

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen, Stakes, Raportteja 21/2008, Helsinki.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Laki Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta 31.10.2008/668.

Opetusministeriö 2006, Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot, ja vähimmäisopinnot, Opetusministeriö, työryhmämuistioita ja selvityksiä 24, Helsinki.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009.

## 8 IMETYKSEN EDISTÄMISEN SEURANTA JA ARVIOINTI

Imetyksen edistämisen seuranta on ollut riittämätöntä ja osin sattumanvaraista. Keskeisin seurantakeino on ollut sosiaali- ja terveysministeriön viiden vuoden välein toteuttama kansallinen imetyksen toteutumisen seuranta (Hasunen 1996, Hasunen 2002, Hasunen & Ryyänen 2006). Jotkut synnytyssairaalat ovat seuranneet joitakin imetykseen liittyviä tietoja, kuten täysimetystä ja lisämaidon antamista. Lastenneuvoloiden seuranta on perustunut yksittäisten työntekijöiden aktiivisuuteen. Imetystietoja ei kerätä syntymärekisteriin. Ammattilaisten osaamisen seuranta on vasta alkamassa. Terveystietojen saamaa imetysohjaajakoulutusta selvitettiin ensimmäisen kerran osana Äitiys- ja lastenneuvolaselvitystä vuodelta 2004 (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Muutoin tietoja on saatu yksittäisistä tutkimuksista.

Imetyksen ja siihen liittyvien tekijöiden systemaattisesta seurannasta ja arvioinnista tulee tehdä vakiintunut käytäntö. Imetyksen toteutumisen seurannan perustana on THL:ssa kehitteillä oleva lasten terveysseurantajärjestelmä (Mäki ym. 2008). Terveysseurannan perustaksi on määritelty suuri joukko tietoja. Niistä imetystä koskevat seuraavat tiedot: äidinmaidon saanti (kyllä/ei), täysimetyksen kesto, imetyksen kokonaiskesto ja tämänhetkinen äidinmaidon korvike (ei mitään/tavallinen lehmänmaitopohjainen korvike/erityiskorvike). Lasten terveysseuranta perustuu yhtenäiseen sähköiseen potilaskertomukseen, joka on määrä ottaa käyttöön aikaisintaan vuonna 2011. Sähköistä potilaskertomusta varten on tehty rakenteiset tietomäärittelyt keskeisistä lasten kasvua ja kehitystä koskevista tiedoista ja seulon-tamenetelmistä. Näiden määrittelyjen yhtenäinen saaminen tietojärjestelmiin on edellytys tietojenkeruun toteuttamiselle potilastietojärjestelmistä.

Säännöllisellä seurannalla korvataan vastaisuudessa nykyinen, viiden vuoden välein tehtävä kysely. Koska seurantatiedon kokoaminen kansalliseksi tilastoiksi ei ole toistaiseksi mahdollista, on tarpeen tehdä kansallinen viisivuotisseurantakysely vielä vuonna 2010. Tällöin voidaan tutkia myös imetyksen taustatekijöitä, kuten sosioekonomisia ja demografisia eroja.

Imetystilanteen lisäksi tulee seurata imetystä edistäviä ja estäviä tekijöitä kuten imetyksen tukemisen käytäntöjä palvelujärjestelmässä, ammattihenkilöstön osaamista ja imetykseen liittyvää yleistä tietoisuutta. Vauvamyönteisyysohjelmaa voidaan käyttää laadun kehittämisen tukena ja arvioinnin pohjana. Synnytyssairaalat voisivat seurata äidin ja vauvan ihokontaktia, ensi-imetystä, vierihoidokäytäntöjä, imetysohjauskäytäntöjä, annetun lisämaidon määrää ja kotiuttamiskäytäntöjä. Terveyskeskuksien puolestaan tulisi imetyksen toteutumisen lisäksi seurata odottavan äidin ja isän tupakointia ja tupakoinnin lopettamista ja kotikäyntikäy-



täntöjä. THL seuraa äitien tupakointia odotusaikana osana syntymärekisteriä. Uudessa avohoidon hoitoilmoitusjärjestelmässä parannetaan perusterveydenhuollon toiminnan seurantamahdollisuuksia. Sen avulla voidaan seurata myös uuden neuvolatoimintaa ym. koskevan asetuksen toteutumista. Asetuksen valvonta kuuluu lääninhallituksille.

Imetyksen edistämisen seurantaan kuuluu myös äidinmaidonkorvikkeiden ja vierotusvalmisteiden markkinoinnin seuranta ja valvonta. Näiden elintarvikkeiden markkinoinnin valvonnan johto kuuluu Elintarviketurvallisuusvirasto Eviralle. Käytännön valvontatyötä tekevät kunnalliset terveystarkastajat. Kunnalliset terveystarkastajat voivat puuttua alueellaan havaitsemiinsa ongelmiin, mutta esimerkiksi valtakunnallisia markkinointikieltoja voi tehdä vain Evira. Elintarvikevalvontaviranomaisilla ei ole kuitenkaan toimivaltaa valvoa äidinmaidonkorvikkeiden markkinointia terveydenhuollon yksiköissä esimerkiksi neuvoloissa, sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Elintarvikevalvonta on riskipohjaista: valvotaan erityisesti ongelmakohtia tai -yrityksiä, joiden kanssa on valvontaongelmia. Evira tekee vuosittain valtakunnallisen valvontasuunnitelman, jossa muun muassa määritellään valvonnan erityisprojektit ja hankkeet. Äidinmaidonkorvikkeiden markkinoinnin valvonnan tulee olla säännöllisin välein osa valvontasuunnitelmaa.

Vertailukelpoisuuden varmistamiseksi tulisi kansallisessa seurannassa mahdollisuuksien mukaan käyttää yhdenmukaisia määritelmiä, indikaattoreita ja menetelmiä. Koska eri maissa indikaattoreiden ja keskeisten käsitteiden (kuten täysimetus) sisältö vaihtelee, on tarkoituksenmukaista edistää kansainvälisen yhteisymmärryksen luomista ja yhteisten indikaattoreiden sekä metodien kehittämistyötä EU:ssa ja WHO:ssa. WHO:n ehdottamia ydinindikaattoreita ovat muun muassa seuraavat (EU 2008): varhaisimetus (niiden lasten osuus, jotka laitettiin rinnalle tunnin kuluessa synnytyksestä), täysimetettyjen osuus 0–5,9 kuukauden iässä, imetyksen jatkuminen 12–15,9 kuukauden iässä, kiinteiden sekä puolikiinteiden ja pehmeiden ruokien aloitus. Suomi osallistuu omalta osaltaan kansainvälisiin seurantoihin ja raportointeihin, joita tekevät muun ohessa WHO, YK ja Unicef. YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksen toteutumista seurataan viiden vuoden välein ja naisten syrjinnän poistamista koskevaa yleissopimusta (CEDAW, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women), vähintään joka neljäs vuosi. Molempiin raportointeihin tiedustellaan imetyksen ja imetyksen edistämisen tilannetta. Unicef on julkaissut tietoja koko maailman imetystilanteesta osana Maailman lasten tila -raporttia vuonna 2008 (UNICEF 2008).

Tilastotiedot antavat päättäjille ja terveydenhuollon ammattilaisille tarpeellista tietoa imetystilanteesta, jonka perusteella voi tehdä päätelmiä imetysohjauksen toteutumisesta ja laadusta. Tilastotiedot ovat sen vuoksi välttämätön osa imetyksen edistämistyön arvioimista ja kehittämistä. Tavoitteena on, että imetystä seurataan ja arvioidaan säännöllisesti ja että seurannan tuloksia käytetään toiminnan kohdentamisessa ja kehittämisessä sekä toimintaohjelman uudistamisessa. Seurannan ja arvioinnin toteuttaminen edellyttää vastuutahojen ja sisältöjen määrittelyä.

### *Toimenpiteet:*

- THL toteuttaa yhteistyössä STM:n kanssa kansallisen imetystilanteen seurannan erilliskyselynä vuonna 2010.
- Vuodesta 2012 lähtien THL huolehtii imetystilanteen säännöllisestä kansallisesta seurannasta lasten terveysseurannan ja sen pohjalta rakennetun sähköisen potilaskertomuksen avulla.
- Synnytyslaitokset ja terveyskeskukset käynnistävät imetystilanteen ja imetysohjauskäytäntöjen seurannan ja raportoinnin aluekoordinaattorien ja paikallisten koordinaattoreiden tuella.
- Tehdään ehdotus syntymärekisteriin kerättävien tietojen laajentamisesta siten, että niihin sisältyy tieto ensi-imetyksestä.
- Elintarvikevalvontaviranomaiset seuraavat ja valvovat äidinmaidonkorvikkeiden markkinointia osana normaalia elintarvikevalvontaa, minkä lisäksi Evira toteuttaa erityisiä äidinmaidonkorvikkeiden markkinoinnin valvontaprojekteja osana Eviran omaa valvontasuunnitelmaa.
- THL tekee seurantaselvityksen viiden vuoden välein.
  - imetysohjaajien ja imetysohjaajakouluttajien määrästä, pätevyydestä ja alueellisesta jakautumisesta
  - vauvamyönteisten sairaaloiden ja terveyskeskusten määrästä ja sertifiointista
  - imetyspoliklinikoiden määrästä.
- THL seuraa viiden vuoden välein terveydenhuollon ammattilaisten perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen sisältöä imetyksen osalta.
- THL julkaisee imetystä koskevat tilastot kotisivuillaan kansallisina ja sairaanhoitopiirikohtaisina tietoina. Lisäksi se julkaisee joidenkin muiden maiden lukuja vertailun mahdollistamiseksi.
- THL toimii kansainvälisen seurannan yhtenäistämiseksi.

## Lähteet

Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005, Äitiys- ja lastenneuvolat Suomessa, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2005:22, Helsinki.

Hasunen, K. 2002, Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2001:12, Helsinki.

Hasunen, K. 1996, Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 1995, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 1996:2, Helsinki.

Hasunen, K. & Ryyänen, S. 2006, Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2005:19, Helsinki.

Mäki, P., Laatikainen, T., Koponen, P., Hakulinen-Viitanen, T. & LATE-työryhmä 2008, Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen. LATE-hanke. Kansanterveyslaitos, julkaisuja B28/2008, Helsinki.

UNICEF 2008, The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health, UNICEF.

## 9 TUTKIMUSHAASTEET

Suomessa imetystä on tutkittu melko vähän. Suurin osa tutkimuksesta on eritasoisista yliopistoissa tehtyä opinnäytetutkimusta. Lisäksi on tehty vastasyntyneen ravitsemukseen ja terveyteen liittyviä selvityksiä, joissa äidinmaidon saaminen tai imetys on yksi tarkasteltava tekijä (esim. Karjalainen ym. 1999, Erkkola ym. 2006). Suurin osa imetyksen tutkimuksesta on tehty lääketieteessä, hoitotieteessä tai ravitsemustieteessä, jonkin verran aihetta sivutaan myös käyttäytymistieteellisessä ja yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. Väitöskirjatutkimukset ovat useimmiten lääketieteellisiä tai hoitotieteellisiä (esimerkiksi Salmenperä 1986, Verronen 1988, Tarkka 1996, Kallio 2001, Hannula 2003). Kansallisia seurantatutkimuksia käsitellään luvussa 8.

Yliopistojen lisäksi imetykseen liittyvää tutkimusta on tehty tutkimuslaitoksissa, esimerkiksi Kansanterveyslaitoksessa (1.1.2009 alkaen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksessa on muun ohessa selvitetty neuvoloissa työskentelevien valmiuksia imetykseen ja imetysaiheen sisältymistä perhevalmennukseen. THL:ssa imetyksen tutkiminen liittyy muun muassa ravitsemuksen, lisääntymisterveyden, lasten terveyden, lapsiperheiden terveyden edistämisen ja palvelujärjestelmän tutkimukseen. Ammattikorkeakouluissa tehdään runsaasti muun muassa palvelujärjestelmään ja asiakastyöhön liittyviä selvityksiä opinnäytetöinä sekä korkeakoulujen ja työelämän yhteistyöhankkeina.

Imetystutkimuksen rahoituksesta ei ole tehty selvityksiä. Todennäköisiä rahoittajia ovat apurahoja myöntävät tahot ja Suomen Akatemia. Lisäksi terveyden edistämiseen tarkoitettu määrärahasta on rahoitettu imetyksen edistämisen tutkimusta (STM 2009). EVO-tutkimusrahoitus soveltuisi imetyksen tutkimisen tukemiseen erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Myös ammattikorkeakouluilla on käytettävissään tutkimus- ja kehittämisrahoitusta. Kansainvälisiin tutkimuksiin on käytettävissä muun muassa EU:n tutkimusrahoitus, jota suunnataan vaihtuvien temaattisten tutkimusohjelmien avulla.

Valtaosa tutkimuksista on kuvailevaa tutkimusta, jossa selvitetään vallitsevaa imetystilannetta ja käytäntöjä sekä niihin liittyviä tekijöitä. Suomessa on tehty hyvin vähän toimintatutkimuksia tai interventiotutkimuksia, joissa imetystä olisi pyritty edistämään tai vallitsevaa imetystilannetta muuttamaan. Laadullista tutkimusta ja seurantatutkimuksia on vähän.

Kansainvälisesti imetystä, imetyksen terveysvaikutuksia sekä imetyksen edistämistä on tutkittu runsaasti. Tästä osoituksena ovat lukuisat imetystutkimuksesta tehdyt systemoidut katsaukset. Kansainvälinen tutkimus on myös menetelmiltään monipuolista. Esimerkiksi imetyksen edistämistoimenpiteiden vaikutusta imetyskäytäntöihin on tutkittu paljon.

EU-projektissa imetyksen edistämiseksi (EU 2008) koottiin lukuisia jatkotutkimustarpeita, jotka soveltuvat myös Suomeen:

- terveydenhuollossa tapahtuvien toimenpiteiden vaikutus imetyksen toteutumiseen, myös laadullisin menetelmin
- kustannusvaikutusten arviointi
- soveltuvien laadullisten tutkimusmenetelmien käyttö (strukturoidut syvähaastattelut, ryhmähaastattelut, havainnointi, videointi)
- imetyksen yleisyyden ja korvikemarkkinoinnin yhteys
- perheiden tukemiseen liittyvän lainsäädännön vaikutus imetykseen
- julkisen sanan, median ja markkinoinnin vaikutus imetykseen.

Imetystilanteen parantamiseksi Suomessa tarvitaan hyvin suunniteltuja imetyksen edistämistoimenpiteitä ja niiden vaikutusta arvioivaa tutkimusta. Laadukkaan interventiotutkimuksen edistämiseksi tarvitaan kansallista ja kansainvälistä tutkimusrahoitusta. Kansallisen tutkimuksen ohella tutkimusyhteistyötä muiden maiden ja varsinkin muiden pohjoismaiden kanssa tulisi lisätä.

Suomessa tarvitaan tutkimusta erityisesti seuraavista aiheista:

- imetyksen edistämistoimenpiteiden kehittäminen ja niiden vaikuttavuuden arviointi kansallisesti ja kansainvälisessä yhteistyössä (muun muassa koe-kontrolliasetelmin)
- riskiryhmien imetystuen arviointi ja kehittäminen, mukaan lukien imetyksen sosioekonomisten erojen kaventamisen menetelmät
- terveydenhuollon ammattilaisten asenteet, tiedot, toiminta ja imetysohjauskoulutus
- imetysaiheen opettaminen niiden ammattiryhmien peruskoulutuksessa, jotka kohtaavat työssään vauvaperheitä
- vertaistuen ja ammatillisen tuen yhdistäminen; vertaistuen kehittämisen ja tuen arviointi
- parisuhteen, puolison ja läheisten rooli imetyksen tukemisessa
- imetettyjen lasten kasvu
- imetyksen vaikutus hammasterveyteen ja kokonaisruokavalioon, erityisesti yli puolivuotiailla öisin imetetyillä ja imetyksen jatkuessa yli vuoden iässä.

Haasteita tutkimukselle asettavat imetystietojen kartoitus standardoidusti (esimerkiksi 24 h muistelu), tutkittavien valikoituminen ryhmiin, riittävän suuret otoskoot ja tutkimuseettiset kysymykset (Cattaneo ym. 2005). Imetysaiheiden sisällyttäminen väestöpohjaisiin ja pitkäkestoisin seurantatutkimuksiin on kannatettavaa.

*Toimenpiteet:*

- THL selvittää, miten se voi vahvistaa rooliaan imetyksen tutkimuksen edistämiseksi ja koordinoimiseksi: se kokoaa mahdollisuuksien mukaan imetyksen tutkimustarpeita ja levittää niistä tietoa yliopistoille ja ammattikorkeakouluille sekä edistää vaikuttavuustutkimusten käynnistämistä.
- Edistetään imetystä tutkivien kansallista ja kansainvälistä verkostoitumista.
- Käynnistetään kansallista kasvukäyriin liittyvää tutkimusta sekä huomioidaan ravinnon laatu imeväisten ollessa tutkimuksen kohteena.

## Lähteet

- Cattaneo, A., Yngve, A., Koletzko, B., Guzman, L.R. & Promotion of Breastfeeding in Europe project 2005, Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation, Public Health Nutrition, vol. 8, no. 1, pp. 39-46.
- Erkkola, M., Kronberg-Kippilä, C., Knip, M. & Virtanen, S. 2006, Ravitseminen elämänsä kaaren alkupäässä – tavoitteisiin matkaa, Suomen Lääkärilehti, vol. 61, pp. 5029-5035.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe 2008. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised), European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.
- Hannula, L. 2003, Imetysnäkökymykset ja imetyksen toteutuminen: suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Väitöskirja, Turun yliopisto.
- Kallio, M. 2001, A follow-up study of serum cholesterol and lipoproteins in children: The effect of diet and apolipoprotein E on cholesterol metabolism, tracking and screenin. Väitöskirja, Helsingin yliopisto.
- Karjalainen, S., Ronning, O., Lapinleimu, H. & Simell, O. 1999, Association between early weaning, non-nutritive sucking habits and occlusal anomalies in 3-year-old Finnish children, International Journal of Paediatric Dentistry, vol. 9, no. 3, pp. 169-173.
- Salmenperä, L. 1986, Rintamaito lapsen ainoana ravinnonlähteenä ensimmäisen elinvuoden aikana: tutkimus kasvusta sekä proteiinin, raudan, kuparin, folaa-tin ja C-vitamiinin saannin riittävydestä. Väitöskirja, Helsingin yliopisto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, Terve-yden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelma, Helsinki.
- Tarkka, M.T. 1996, Äitiys ja sosiaalinen tu-ki: ensisynnyttäjän selviytyminen äitiy-den varhaisvaiheessa. Väitöskirja, Tam-pereen yliopisto.
- Verronen, P. 1988, Rintaruokinnan edistä-misen synnytyssairaalassa ja lastenneuvo-loissa. Väitöskirja, Tampereen yliopisto.

LIITETAULUKKO 1. Suomen synnytyssairaaloissa laaditut imetyksen edistämisen kirjalliset toimintasuunnitelmat. Tilanne keväällä 2008

Synnytyssairaala	Synnytysten määrä (2007)	Työyhteisössä on valmistettu imetyksen edistämisen kirjallinen toimintasuunnitelma (vuosi), synnytysyksiköt (N = 34)	Työyhteisössä on valmistettu imetyksen edistämisen kirjallinen toimintasuunnitelma (vuosi), lasten valvonta/teho-osastot (N = 26)	Koko henkilökunnalle järjestetään säännöllistä täydennyskoulutusta imetyksen edistämiseksi, synnytysyksiköt (N = 34)	Sairaala on saanut vauvamyönteisyys-sertifikaatin, vuosi
HYKS; Kätilöopiston sairaala	5 751	kyllä (2007)		kyllä	
HYKS; Naistenklinikka	5 025	kyllä (2007)		kyllä	
Tampereen yliopistollinen sairaala	4 848	kyllä (1995/2002)		tekeillä	
Oulun yliopistollinen sairaala	4 105	kyllä		osastokokoukset	
Turun yliopistollinen sairaala	3 891	kyllä (2002)		kyllä	
Jorvin sairaala	3 309	kyllä (2007)		kyllä	
Keski-Suomen keskussairaala	2 998	kyllä (1996)	kyllä (1996)	ei	1997
Kuopion yliopistollinen sairaala	2 358	kyllä (1996)	kyllä (1996)	ei	
Satakunnan keskussairaala	1 999	kyllä (2002/2005)		ei	
Etelä-Pohjanmaan keskussairaala	2 073	kyllä (2007)			
Päijät-Hämeen keskussairaala	1 963	kyllä (1995)		kyllä	
Hyvinkään alue-sairaala	1 532	kyllä (2005)		ei	
Kanta-Hämeen keskussairaala	1 646	tekeillä		tekeillä	
Pohjois-Karjalan keskussairaala	1 553	kyllä (2001)		kyllä	
Kymenlaakson keskussairaala	1 588	kyllä (1997)		kyllä	
Vaasan keskussairaala	1 265	kyllä (1997)	ei	kyllä	
Etelä-Karjalan keskussairaala	1 142	kyllä (2002)		ei	
Keski-Pohjanmaan keskussairaala	1 208	kyllä (1997)		ei	
Lapin keskussairaala	1 116	kyllä (1996)		ei	
Porvoon sairaala	869	kyllä (2000)		ei	

Synnytyssairaala	Synnytysten määrä (2007)	Työyhteisössä on valmistettu imetyksen edistämisen kirjallinen toimintasuunnitelma (vuosi), synnytysyksiköt (N = 34)	Työyhteisössä on valmistettu imetyksen edistämisen kirjallinen toimintasuunnitelma (vuosi), lasten valvonta/teho-osastot (N = 26)	Koko henkilökunnalle järjestetään säännöllistä täydennyskoulutusta imetyksen edistämiseksi, synnytysyksiköt (N = 34)	Sairaala on saanut vauvamyön-teisyys-sertifikaatin, vuosi
Oulaskankaan sairaala	856	ei		ei	
Mikkelin keskussairaala	840	ei	ei	ei	
Kainuun keskussairaala	742	tekeillä	ei	kyllä	
Lohjan aluesairaala	690	kyllä (2006)		kyllä	
Salon aluesairaala	666	kyllä (2000)	ei	ei	2002
Länsi-Pohjan keskussairaala	659	kyllä (1998)	kyllä (1998)	ei	
Västra Nylands sjukhus	645	kyllä (1996)		kyllä	1996
Malmin sairaala	553	kyllä (2000)	ei	kyllä	
Vammalan sairaala	541	kyllä (1999)		kyllä	1999
Savonlinnan keskussairaala	451	ei		ei	
Loimaan aluesairaala	266	kyllä (2000/2007)			
Raahen terveyskeskus	374	kyllä (2008)		kyllä	
Ålands central-sjukhus	282	kyllä (1996)	ei	kyllä	
Kuusamon terveyskeskus	133	ei		ei	
Yhteensä	57 937	kyllä: 28 (82,4 %)	kyllä: 3 (11,5 %)	kyllä: 15 (44,1 %)	kyllä: 4 (11,8 %)



LIITETAULUKKO 2. Imetysohjaajakoulutuksen saanut henkilökunta Suomen synnytysairaaloiden synnytysyksiköissä (N = 34). Tilanne keväällä 2008. (Joidenkin sairaaloiden osalta luvut ovat suuntaa-antavia.)

Synnytys-sairaala	Synnytysten määrä (2007)	Synnytys-yksiköiden henkilökunta määrä	Imetysohjaajakoulutuksen saaneet	Koulutuksen aika-na	Työnanta- ja koulut-tanut	Koulu-tus saatu muualla	Imetysoh-jaajakou-luttaja-koulutus	IBCLC
HYKS; Käti-lööpiston sai-raala	5 751	197	195	65	123	7	12	1
HYKS; Naisten-klinikka	5 025	199	186	70	110	4	7	0
Tampereen yli-opistollinen sairaala	4 848	150	131	65	66		4	0
Oulun yliopis-tollinen sai-raala	4 105	131	108	33	75		4	0
Turun yliopis-tollinen sai-raala	3 891	89	51	3	48		3	0
Jorvin sairaala	3 309	87	85	25	58	2	4	1
Keski-Suomen keskussairaala	2 998	71	68	19	62	5	4	0
Kuopion yli-opistollinen sairaala	2 358	114	109	44	52	13	4	0
Satakunnan keskussairaala	1 999	63	55	5	50		4	0
Etelä-Pohjan-maan keskus-sairaala	2 073	65	55	10	45		2	0
Päijät-Hämeen keskussairaala	1 963	68	67	5	57	5	2	1
Hyvinkään aluesairaala	1 532	69	54	25	29		1	0
Kanta-Hämeen keskussairaala	1 646	56	50		50		0	0
Pohjois-Kar-jalan keskus-sairaala	1 553	77	67	11	55	1	4	0
Kymenlaakson keskussairaala	1 588	49	30	16	11	3	2	0
Vaasan keskus-sairaala	1 265	50	50	20	30		1	0
Etelä-Karjalan keskussairaala	1 142	49	13		13		4	0
Keski-Pohjan-maan keskus-sairaala	1 208	42	39	10	29		1	0

Synnytys-sairaala	Synnytys- ten mää- rä (2007)	Synnytys- yksiköi- den hen- kilökunta määrä	Imetysoh- jaajakou- lutuksen saaneet	Koulutuk- sen aika- na	Työnanta- ja koulut- tanut	Koulu- tus saatu muualla	Imetysoh- jaajakou- luttaja- koulutus	IBCLC
Lapin keskus- sairaala	1 116	43	18	12	6		0	0
Porvoon sai- raala	869	33	27	3	24		0	0
Oulaskankaan sairaala	856	31	31		31			
Mikkelin kes- kussairaala	840	28	28	4	20	4	1	0
Kainuun kes- kussairaala	742	39	39	3	36		5	0
Lohjan aluesai- raala	690	28	19	7	12	0	0	0
Salon aluesai- raala	666	26,5	16,5	1	14,5	1	1	
Länsi-Pohjan keskussairaala	659	30	26	1	0	25	0	0
Västra Nylands sjukhus	645	18	18	0	18		3	
Malmin sai- raala	553	25	25	10	15	0	1	0
Vammalan sai- raala	541	33	18	2	13	3	2	0
Savonlinnan keskussairaala	451	25	1	1				
Loimaan alue- sairaala	266	23	10	3	7			
Raahen ter- veyskeskus	374	16	16	3	13	0	0	0
Ålands central- sjukhus	282	21	4	4			0	0
Kuusamon ter- veyskeskus	133	9	1	1			0	0
Yhteensä	57 937	2 054,5	1 710,5	481	1 173	73	76	3
Osuus koko henkilökun- nasta (%)			83,3	23,4	57,1	3,6	3,7	0,1

LIITETAULUKKO 3. Imetysohjaajakoulutuksen saanut henkilökunta Suomen synnytysairaaloiden vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastoilla (N = 26). Tilanne keväällä 2008. (Joidenkin sairaaloiden osalta luvut ovat suunta-antavia).

Synnytysairaala	Synnytysten määrä (2007)	Vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastojen henkilökuntamäärä	Imetysohjaajakoulutuksen saaneet	Koulutuksen aikana	Työnantaja kouluttanut	Koulutus saatu muualla	Imetysohjaajakouluttajakoulutus	Imetyksestä lisäkoulutusta saaneet lääkärit
HYKS; Kätilöopiston sairaala	5 751	35	15	1	14			1
HYKS; Naistenklinikka	5 025	20	4	4				1
HYKS; Lasten ja nuorten sairaala		102	4				1	1
Tampereen yliopistollinen sairaala	4 848	100	30					0
Oulun yliopistollinen sairaala	4 105	58	8					0
Turun yliopistollinen sairaala	3 891							0
Jorvin sairaala	3 309	32	1			1		1
Keski-Suomen keskussairaala	2 998	35	19	6	13	0	1	3
Kuopion yliopistollinen sairaala	2 358	47	28	2	23	3	1	0
Satakunnan keskussairaala	1 999	32	10		10			0
Etelä-Pohjanmaan keskussairaala	2 073							0
Päijät-Hämeen keskussairaala	1 963	22	4		4			0
Hyvinkään alue-sairaala	1 532	30	2		2			0
Kanta-Hämeen keskussairaala	1 646	13	7		7			0
Pohjois-Karjalan keskussairaala	1 553	27	1				1	0
Kymenlaakson keskussairaala	1 588	10	2		2			0
Vaasan keskussairaala	1 265	21	9		9			0
Etelä-Karjalan keskussairaala	1 142	30	1		1	0	0	0

Synnytyssairaala	Synnytysten määrä (2007)	Vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastojen henkilökuntamäärä	Imetysohjaajakoulutuksen saaneet	Koulutuksen aikana	Työnantaja kouluttanut	Koulutus saatu muualla	Imetysohjaajakouluttajakoulutus	Imetyksestä lisäkoulutusta saaneet lääkärit
Keski-Pohjanmaan keskus-sairaala	1 208	43	39	10	29			0
Lapin keskus-sairaala	1 116	23						1
Porvoon sairaala	869							0
Oulaskankaan sairaala	856							0
Mikkelin keskus-sairaala	840	12	4	0	4	0		0
Kainuun keskus-sairaala	742	12	12		12			0
Lohjan aluesai-raala	690	0						0
Salon aluesai-raala	666	20	2,5		2,5			4
Länsi-Pohjan kes-kussairaala	659	6	4			4		0
Västra Nylands sjukhus	645							0
Malmin sairaala	553	19						0
Vammalan sai-raala	541							0
Savonlinnan kes-kussairaala	451	25						0
Loimaan aluesai-raala	266							0
Raahen terveys-keskus	374	16	16	3	13			0
Ålands central-sjukhus	282	17						0
Kuusamon ter-veyskeskus	133							0
Yhteensä	57 937	807	223	26	146	8	4	12
Osuus koko henkilökunnasta (%)			27,6	3,2	18,1	1,0	0,5	

## LIITETAULUKKO 4. Imetysohjaajakoulutus terveydenhoitajan koulutusohjelmassa

Ammattikorkeakoulu	Terveydenhoitajan koulutusohjelmaan sisältyy imetysohjaajakoulutus	Koulutusta on järjestetty vuodesta	Mihin opintoihin opetus kuuluu	Opetuksen laajuus opintopisteinä	Koulutusta toteuttavia opettajia koulutusohjelmassa
Arcada–Nylands Svenska yh	Kyllä	1996	Pakollisiin	2	1
Diakonia	Ei				
Metropolia	Kyllä	2004 nykyisen muotoisena	Pakollisiin	1,5	1
Hämeen	Kyllä	2000	Pakollisiin	1,5	1
Jyväskylän	Kyllä	1996	Vaihtoehtoihin ja vapaasti valittaviin	3	2
Kajaanin	Kyllä		Vapaasti valittaviin	3	1
Kemin Tornion	Ei				
Keski-Pohjanmaan	Kyllä	2002	Pakollisiin ja vapaasti valittaviin	1	1–2
Kymenlaakson	Ei				
Lahden					
Laurea	Kyllä	2003	Pakollisiin ja vaihtoehtoihin	2	1
Mikkelin	Kyllä	1995	Vaihtoehtoihin	1,5	2
– Savonlinnan yksikkö	Ei				
Oulun seudun	Kyllä		Vapaasti valittaviin	1,5	2–3
Pirkanmaan	Kyllä	1997	Pakollisiin ja vapaasti valittaviin	1,5	1
Pohjois-Karjalan	Kyllä	2001	Pakollisiin	1,5	1+klininen asiantuntija
Rovaniemen	Ei				
Saimaan	Kyllä	2002	Pakollisiin	1,5	1
Satakunnan	Ei				
Savonia	Kyllä	2003	Pakollisiin	1,5	2
Seinäjoen	Kyllä	1993	Vapaasti valittaviin	3	1
Turun	Ei				1
– Salon yksikkö	Kyllä	2006 nykyisen muotoisena	Pakollisiin	0,75	
Vaasan	Kyllä	2002	Pakollisiin	1	1
Yrkehögskolan Novia	Kyllä	2000	Pakollisiin	1,5	1

## LIITETAULUKKO 5. Imetysohjaajakoulutus kättilön koulutusohjelmassa

Ammattikorkea- koulu	Kättilön koulu- tusohjelmaan si- sältyy imetysoh- jaajakoulutus	Koulutusta on järjestetty vuo- desta	Mihin opintoihin opetus kuuluu	Opetuksen laa- juus opintopis- teinä	Koulutusta toteuttavia opettajia koulu- tusohjelmassa
Arcada-Nylands Svenska yh	Kyllä	1996	Pakollisiin	3	1
Jyväskylän	Kyllä	1996	Pakollisiin ja vaihtoehtoihin	3	2
Metropolia	Kyllä	1998	Pakollisiin	3	6
Pirkanmaan	Kyllä	1996	Pakollisiin	1,5	1
Savonia	Kyllä	2000	Pakollisiin	1,5	2
Turun	Ei				
Yrkeshögskolan Novia	Kyllä	2000	Pakollisiin	1,5	1
Oulun seudun	Kyllä	1996	Pakollisiin	1,5	2

LIITETAULUKKO 6. Toimintaohjelmassa esitetyt toimenpiteet

Toimintaohjelman luku	Toimenpiteet
4.2 Imetysohjaus äitiysneuvolassa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terveyskeskukset laativat yhtenäiset, näyttöön perustuvat ohjeet perheille raskauden aikana annettavasta imetysohjauksesta sekä nimeävät henkilön vastaamaan ohjeiden toteutumisen seurannasta. Ohjeet perustuvat Neuvolan seitsemän askelta: imetyksen edistäminen avoterveydenhuollossa -ohjelmaan (liite 2) sekä alueen synnytyssairaaloiden kanssa sovittuihin yhtenäisiin käytäntöihin.</li><li>• Imetysohjausta toteutetaan määräaikaisten terveystarkastusten yhteydessä yksilö- ja mahdollisuuksien mukaan ryhmäohjauksena sekä perhevalmennuksessa. Ohjauksessa huomioidaan molemmat vanhemmat.</li><li>• Raskausaikana tunnistetaan erityistä tukea tarvitsevat perheet, ja heille tarjotaan tehostettua imetysohjausta.</li></ul>
4.3 Imetysohjaus synnytyssairaalassa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Synnytyssairaalat laativat yhtenäiset, näyttöön perustuvat ohjeet perheille annettavasta imetysohjauksesta (esimerkki liitteessä 1A). Ohjeet perustuvat WHO:n Vauvamyönteisyysohjelman kymmeneen askeleeseen.</li><li>• Synnytyssairaalat tarkistavat lisämaidon antamisen käytännöt ja laativat yhtenäiset kriteerit lisämaidon antamisen perusteista (esimerkki liitteessä 1B). Lisämaidon antamisen perustelut kerrotaan vanhemmille ja kirjataan neuvolakorttiin.</li><li>• Imetyksen toteutuminen ja jatko-ohjauksen tarve kirjataan kotiutumisasiheassa tehtyyn lapsen seurantasuunnitelmaan tai neuvolakorttiin.</li><li>• Perheille annetaan ohjeet siitä, mistä saa imetystukea sitä tarvittaessa.</li></ul>
4.4 Imetysohjaus lastenneuvolassa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terveyskeskukset laativat yhtenäiset, näyttöön perustuvat ohjeet perheille annettavasta imeväisajan imetysohjauksesta sekä nimeävät henkilön vastaamaan ohjeiden toteutumisen seurannasta. Ohjeet perustuvat Neuvolan seitsemän askelta: imetyksen edistäminen avoterveydenhuollossa -ohjelmaan (liite 2) sekä alueen synnytyssairaaloiden kanssa sovittuihin yhtenäisiin käytäntöihin.</li><li>• Terveystyöntekijä tai kättilö ottaa yhteyttä vastasyntyneen perheeseen 1–3 päivän kuluttua kotiutumisesta ja sopii kotikäynnistä.</li><li>• Imetysohjauksessa pyritään tunnistamaan erityistä tukea tarvitsevat perheet ja heidän ohjaukseensa panostetaan. Tukikeinoja ovat esimerkiksi lisäkäynnit neuvolassa, vertaistuki, puhelintuki, ryhmätapaamiset ja imetysohjaajan kotikäynnit perheen luona.</li><li>• Terveystyöntekijä varmistaa imetyksen sujumisen jokaisen neuvolakäynnin ja kotikäynnin yhteydessä.</li><li>• Neuvola antaa ohjausta tavallisimmissa imetysongelmissa.</li><li>• Neuvolassa seurataan lapsen kasvua ja terveyttä yksilöllisesti huomioiden erot täysimetetyn ja pulloruokitun lapsen kasvussa.</li><li>• Neuvola informoi perheitä alueella toimivista imetystukiryhmistä.</li><li>• Neuvolan terveystyöntekijä ohjaa perheen tarvittaessa alueella toimivalle imetyspoliklinikalle tai imetyksen asiantuntijan vastaanotolle.</li></ul>



Toimintaohjelman luku	Toimenpiteet
4.5 Imetys ja suun terveys	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hammashoitolassa annettu ohjaus on perhelähtöistä ja imetysmyönteistä.</li> <li>• Hammashoitolan perhevalmennuksen osuudessa tuodaan esiin imetyksen suotuisat vaikutukset purennan ja kasvojen lihasten kehitykseen.</li> <li>• Neuvolat ohjaavat pitkään imettävät perheet hammashoitolaan erityistä suuhygienian opastusta varten.</li> </ul>
4.6 Tuki ja ohjaus ongelmatilanteissa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sairaanhoidopiirit luovat alueelliset hoitopolut nopean avun (1–3 pv) järjestämiseksi perheille imetysongelmissa.</li> <li>• Sairaanhoidopiirit järjestävät vauvaperheitä työssään kohtaavalle henkilökunnalle imetyksen asiantuntijan konsultaatiomahdollisuuden.</li> </ul>
4.7 Kun äiti tai lapsi sairastaa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sairaita imeväisikäisiä hoitavissa yksiköissä laaditaan imetyksen edistämisen suunnitelma, johon sisältyy henkilökunnan tarvitsema imetysohjaukoulutus.</li> <li>• Jos äiti tai imeväinen joutuu jäämään sairaalahoitoon, on ensisijaisena pyrkimyksenä vierihoidon järjestäminen.</li> <li>• Jos vastasyntynyt ei pysty itse imemään, on äiti ohjattava aloittamaan lypsäminen varhain, kuuden tunnin kuluessa synnytyksestä.</li> <li>• Imeväisikäisiä lapsia tai synnyttäneitä naisia hoitavissa sairaaloissa on käytössä tarpeellinen määrä sähkökäyttöisiä rintapumppuja.</li> <li>• Imetetyn lapsen ollessa sairaalahoidossa sairaala tarjoaa äidille mahdollisuuden yöpymiseen lapsen kanssa ja ruokailuun sairaalassa.</li> <li>• Imettävän äidin lääkityksen suunnittelussa lähtökohtana on imetyksen jatkuminen.</li> <li>• Imeväisen vauvan ja äidin yhdessä oleminen turvataan myös silloin, kun äiti ei itse kykene hoitamaan lastaan. Tällöin vauvan hoidosta voi vastata sairaalassa toinen aikuinen.</li> </ul>
4.8 Ennenaikaisena syntyneen lapsen imetys	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keskosvauvoja hoitavissa yksiköissä laaditaan imetyksen edistämisen suunnitelma, johon sisältyy henkilökunnan tarvitsema imetysohjaukoulutus.</li> <li>• Henkilökunta kannustaa ja tukee keskosvauvojen perheitä imetykseen. Vanhemmille annetaan ajantasaista tietoa keskosten imetyksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä kuten ihokontaktista ja kenguruhoitosta, sekä käytännön neuvoja imetyksen käynnistämiseen ja ylläpitämiseen.</li> <li>• Kun vauva ei vielä pysty itse imemään, äiti on ohjattava aloittamaan lypsäminen varhain, kuuden tunnin kuluessa synnytyksestä. Lisäksi mahdollistetaan sairaalatasoisen rintapumpun hankkiminen kotiin lapsen sairaalahoidon ajaksi. Keskoselleen maitoa tuovalle äidille tarjotaan mahdollisuus maksuttomaan ruokailuun sairaalassa.</li> <li>• Ennen kotiuttamista vanhemmille annetaan tarvittaessa ohjeita imetyksen tehostamisesta ja rintamaidon määrän lisäämisestä sekä vastaavasti lisämaidon turvallisesta vähentämisestä.</li> <li>• Kun keskosvauvan täysimetys ei ole mahdollista, henkilökunta tukee lapsen osittaisimetystä.</li> <li>• Synnytyssairaalan ja neuvolan henkilökunta informoi vanhempia imetyksen vertaistukiryhmistä ja tukea antavista tahoista.</li> </ul>

Taulukko jatkuu

Toimintaohjelman luku	Toimenpiteet
4.9 Puolison ja muiden läheisten tuki vauvan hoidossa ja imetyksessä	<ul style="list-style-type: none"><li>• Äitiys- ja lastenneuvolan sekä synnytyssairaalan henkilökunta ottaa ohjauksessaan huomioon puolison ja muut läheiset ja huomioi heidän mahdollisuutensa imetyksen tukijoina.</li><li>• Neuvolat kannustavat puolisoita osallistumaan perhevalmennuksen imetystä käsitteleviin osioihin.</li></ul>
4.10 Maahanmuuttajien imetysohjaus	<ul style="list-style-type: none"><li>• Imetyksen edistämisen toimintaohjelman toteuttamisessa varmistetaan maahanmuuttajien mukanaolo ja kuuleminen.</li><li>• Synnytyssairaaloissa huomioidaan maahanmuuttajien kulttuurinen tausta ja mahdollinen maitosukulaisuuden perinne.</li><li>• Neuvolat huomioivat ohjauksessa asiakkaan kulttuuritaustan ja toteuttavat imetysohjausta asiakaslähtöisesti.</li><li>• Neuvolat tukevat maahanmuuttajia perustamaan omia imetystukiryhmiään.</li></ul>
4.11 Imetystukitoiminta ja vertaisryhmät	<ul style="list-style-type: none"><li>• Neuvoloiden henkilökunta vahvistaa yhteistyötä imetystukea tarjoavien tahojen kanssa sekä lisää imetystukiryhmien tunnettuutta esimerkiksi tiedottamalla alueella toimivista ryhmistä asiakkailleen neuvolan tiloissa ja kotisivuillaan.</li><li>• Kunnat tukevat paikallisten imetystukiryhmien toimintaa esimerkiksi tarjoamalla kokoontumistiloja.</li><li>• Alueellista imetystukea kehitettäessä tuetaan yhteisten koulutusten ja kehittämiseminaarien järjestämistä ammattilaisille ja vertaistukijoille.</li><li>• Valtakunnallisen Imetystukipuhelimen toimintaa pyritään tukemaan julkisin varoin.</li></ul>
4.12 Muiden ammattiryhmien antama tuki	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toimintayksiköissä, joissa on säännöllisesti asiakkaana imettäviä äitejä tai imeväisikäisiä lapsia, tulee olla suunnitelma imetyksen konkreettisesta edistämisestä ja tukemisesta.</li></ul>
4.13 Tuki työpaikalla	<ul style="list-style-type: none"><li>• Työpaikat ja lastenneuvolat tukevat työssäkäyvää imettävää äitiä imetyksen jatkamiseen. Neuvolat rohkaisevat äitejä löytämään yhdessä työnantajan kanssa perheelle sopivia joustavia ratkaisuja.</li></ul>
4.14 Imetysohjausta tukeva kirjallinen aineisto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Äitiys- ja lastenneuvoloiden henkilökunta ja johto varmistavat kesään 2010 mennessä, että neuvolassa ei ole jaossa hyväksymätöntä kaupallista materiaalia.</li><li>• THL:n Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus käynnistää imetysaineistoa koskevan selvityksen tekemisen syksyllä 2010.</li><li>• Äitiys- ja lastenneuvoloiden henkilökunta jakaa asiakkaille vain suositusten mukaista imetystä tukevaa kirjallista aineistoa.</li><li>• THL edistää WHO:n kansainvälisen äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodin ja äidinmaidonkorvikkeita koskevan lainsäädännön tuntemusta sairaaloissa ja neuvoloissa.</li><li>• THL tarjoaa imetykseen liittyvää laadukasta ohjausaineistoa koordinoidusti internetin välityksellä sekä perheille että terveydenhuollon ammattilaisille.</li><li>• THL huolehtii siitä, että jaettavaksi tarkoitettua kirjallista aineistoa valmistetaan ajankohtaisista aiheista kuten: osittaisimetyksen tukeminen, vauvan pulloruokinta, yli vuoden jatkuva imetys ja suun terveys, kiinteiden ruokien aloittaminen imetystä tukien ja yöimetysten merkitys.</li></ul>

Toimintaohjelman luku	Toimenpiteet
5 Osittaisimetus ja imettämättömyys	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Synnytyssairaaloissa ja neuvoloissa imettämättömyydestä keskustellaan äitejä voimaannuttavassa hengessä ja emotionaalisesti tukien.</li> <li>• Synnytyssairaalat ja neuvolat varmistavat, että henkilökunnalla on riittävät tiedot ja taidot ohjata vanhempia imetyksen ylläpitämiseen silloin, kun lisäruokinta on välttämätöntä tai perheen toive, sekä turvalliseen korvikeruokintaan tarvittaessa.</li> <li>• Neuvolat tarjoavat pulloruokinnan opastusta yksilöllisesti sitä tarvitseville perheille.</li> <li>• Osittaisimetytyn vauvan vanhempia ohjataan perhelähtöisesti sekä imetyksessä että pulloruokinnassa.</li> <li>• Vanhempia ohjataan siirtymään vähittäin osittaisimetyksestä täysimetykseen, jos he sitä toivovat ja se on mahdollista. Jos pulloruokintaa vähennetään, imetystä on samalla tehostettava.</li> </ul>
6.1 Imetystietouden kehittäminen lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan peruskoulutuksessa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ammattikorkeakoulut sisällyttävät imetysohjaajakoulutuksen terveydenhoitajien ja kättilöiden koulutusohjelmiin mieluiten pakollisina opintoina lukuvuoden 2010–2011 alkuun mennessä. Imetysohjaajakoulutusta tulee lisäksi tarjota täydennyskoulutuksena, jotta alalla toimivan henkilöstön osaamista saadaan tuettua mahdollisimman pian.</li> <li>• Ammattikorkeakoulut kehittävät kättilöille ja terveydenhoitajille tarjottavaa ammattilaisten antamaa ravitsemuskoulutusta yhteistyössä THL:n ja STM:n asiantuntijoiden kanssa.</li> <li>• Lääketieteelliset tiedekunnat huolehtivat siitä, että pikkulasten ravitsemus mukaan lukien imetus sisällytetään kaikkien lääkäreiden peruskoulutukseen jokaisessa lääketieteellisessä tiedekunnassa.</li> <li>• Suuhygienistien ja hammaslääkäreiden peruskoulutuksessa kiinnitetään huomiota ajantasaiseen tietoon imetyksestä.</li> <li>• Psykologien koulutukseen sisällytetään perustiedot imetyksestä.</li> <li>• Lasten sairaanhoitajien koulutukseen sisällytetään perustiedot imetyksestä.</li> <li>• THL kokoaa säännöllisin väliajoin lääketieteellisten tiedekuntien edustajat ja imetysohjaajakoulutusta antavat opettajat koulutuksen yhtenäistämiseksi ja laadun kehittämiseksi sekä opettajien oman tietotason varmistamiseksi.</li> </ul>
6.2 Täydennys- ja lisäkoulutuksen kehittäminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odottavia äitejä, vastasyntyneitä ja imeväisiä hoitavat terveydenhuollon yksiköt huolehtivat henkilökuntansa säännöllisestä imetykseen liittyvästä moniammatillisesta täydennyskoulutuksesta.</li> <li>• Ammattikorkeakoulu Metropolia jatkaa imetysohjaajakouluttajien koulutusta niin, että kaikissa synnytyssairaaloissa ja vähitellen kaikissa terveyskeskuksissa on imetysohjaajakouluttajan koulutuksen saaneita terveydenhoitajia ja kättilöitä.</li> <li>• Sairaalat ja terveyskeskukset järjestävät imetysohjaajakoulutusta siten, että kaikilla äitiyshuollossa ja lastenneuvoloissa toimivilla hoitotyön ammattilaisilla, jotka työssään ohjaavat imettäviä äitejä, on vähintään imetysohjaajan koulutus.</li> <li>• Metropolia ammattikorkeakoulu ottaa vastuun imetysohjaaja- ja imetysohjaajakouluttajakoulutuksen laadun ja toteuttamistavan kehittämisestä ja yhtenäistämisestä yhteistyössä valtakunnallisen imetysohjaajakouluttajien verkoston ja THL:n kanssa.</li> </ul>

Taulukko jatkuu

Toimintaohjelman luku	Toimenpiteet
	<ul style="list-style-type: none"><li>• IBCLC-tutkinnon suorittamiseen valmentava koulutus Suomessa organisoidaan osana Metropolia ammattikorkeakoulun ammatillista täydennyskoulutusta. Mikäli tutkintoa on suorittamassa riittävän suuri joukko, pyritään loppukokeen suorittamismahdollisuus järjestämään Suomeen.</li><li>• Imetysohjaajakouluttajien verkosto edistää imetyksen asiantuntemusta järjestämällä edelleen eri ammattiryhmille suunnattuja koulutustilaisuuksia ja teemapäiviä omissa organisaatioissaan tai alueellisena tai valtakunnallisena yhteistyönä.</li></ul>
6.3 Hoitosuosituksen ja sähköinen aineisto ammattilaisten tukena	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eri ammattiryhmien koulutuskäyttöön tuotetaan näyttöön perustuvaa, ajantasaista ja laadultaan yhtenäistä aineistoa imetyksestä.</li><li>• Imetykseen liittyvistä hoitosuosituksista sekä kansallisista ja kansainvälisistä imetyskonferensseista ja koulutuksista tiedotetaan THL:n sivuilla.</li></ul>
7.1 Kansalliset toimijat ja vastuut	<p>STM</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• tukee imetystä neuvolatoimintaa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa koskevan asetuksen avulla. Asetuksen edellyttämään terveysneuvontaan sisältyvät velvoitteet imetyksen tukemisesta sekä kotikäynnin ja perhevalmennuksen järjestämisestä. Asetus (380/2009) on astunut voimaan 1.7.2009.</li></ul> <p>THL</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ottaa vastuun imetyksen kansallisesta edistämisestä, imetyksen tukemisen kehittämisestä, seurannasta ja arvioinnista osana terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ja ehkäisevien palvelujen kehittämistä</li><li>• nimeää imetyksen kansallisen koordinaattorin vuoden 2010 aikana</li><li>• asettaa imetyksen kansallisen seurantaryhmän 2010</li><li>• tukee ammattihenkilöiden työtä tuottamalla ajantasaista ja päivitettyä imetystietoa verkkosivuilleen vuoden 2010 aikana</li><li>• vastaa imetystä ja ravitsemusta koskevien ohjeiden ja suositusten päivittämisestä</li><li>• antaa ohjeita muista imetystä edistävästä toimintatavoista</li><li>• edistää ammattihenkilöiden täydennyskoulutusta</li><li>• tekee yhteistyötä synnytyssairaaloiden ja imetysohjaajakouluttajien verkoston kanssa Vauvamyönteisyysohjelmaan liittyvien arviointikäytäntöjen yhtenäistämiseksi ja järjestämiseksi keskitetysti. Vauvamyönteisyyssertifikaatin saaneiden yksiköiden uudelleenarviointi järjestetään sovitun käytännön mukaisesti.</li></ul> <p>OPH</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• uusii perusopetuksen ja lukiokoulutuksen opetussuunnitelmien ja tutkintojen perusteet lähivuosina ja tarkistaa imetykseen liittyvät tietosisällöt ja imetystä koskevat asenteet terveystiedon opetuksessa.</li></ul>
7.2 Alueellinen työnjako ja yhteistyö	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jokainen sairaanhoitopiiri nimeää imetyksestä vastaavan aluekoordinaattorin vuoden 2010 aikana.</li><li>• Sairaanhoitopiirit ottavat käyttöön Vauvamyönteisyysohjelman vuoden 2011 loppuun mennessä.</li></ul>

Toimintaohjelman luku	Toimenpiteet
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sairaanhoidopiirit edistävät aktiivisesti imetystä osana niille kuuluvaa terveydenedistämistehtävää:</li> <li>• tarkistavat Kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman perusteella imetysohjaukseen liittyvät toimintatavat, ohjeet ja yhteistyömuodot sekä ohjauksen tukena käytettävän kirjallisen aineiston laadun</li> <li>• sopivat yhteisistä hoitoketjuista perusterveydenhuollon kanssa</li> <li>• järjestävät säännöllisiä koulutuksia yhteistyössä alueen koulutusorganisaatioiden kanssa</li> <li>• seuraavat imetystilannetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä.</li> </ul>
7.3 Paikallinen työnjako ja yhteistyö	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jokaiseen terveyskeskukseen nimetään imetyksen edistämisestä vastaava paikallinen koordinaattori vuoden 2010 aikana.</li> <li>• Jokaisessa terveyskeskuksessa otetaan käyttöön avoterveydenhuollon Vauvamyönteisyysohjelma (Neuvolan seitsemän askelta: Imetyksen edistäminen avoterveydenhuollossa, liite 2) viimeistään vuoden 2011 aikana.</li> </ul>
8 Imetyksen edistämisen seuranta ja arviointi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• THL toteuttaa yhteistyössä STM:n kanssa kansallisen imetystilanteen seurannan erilliskyselynä vuonna 2010.</li> <li>• Vuodesta 2012 lähtien THL huolehtii imetystilanteen säännöllisestä kansallisesta seurannasta lasten terveysseurannan ja sen pohjalta rakennetun sähköisen potilaskertomuksen avulla.</li> <li>• Synnytys sairaalat ja terveyskeskukset käynnistävät imetystilanteen ja imetysohjauskäytäntöjen seurannan ja raportoinnin aluekoordinaattorien ja paikallisten koordinaattoreiden tuella.</li> <li>• Tehdään ehdotus syntymärekisteriin kerättävien tietojen laajentamisesta siten, että niihin sisältyy tieto ensi-imetyksestä.</li> <li>• Elintarvikevalvontaviranomaiset seuraavat ja valvovat äidinmaidonkorvikkeiden markkinointia osana normaalia elintarvikevalvontaa, minkä lisäksi Evira toteuttaa erityisiä äidinmaidonkorvikkeiden markkinoinnin valvontaprojekteja osana Eviran omaa valvontasuunnitelmaa.</li> <li>• THL tekee seurantaselvityksen viiden vuoden välein             <ul style="list-style-type: none"> <li>• imetysohjaajien ja imetysohjaajakouluttajien määrästä, pätevyydestä ja alueellisesta jakautumisesta</li> <li>• vauvamyönteisten sairaaloiden ja terveyskeskusten määrästä ja sertifioinnista</li> <li>• imetyspoliklinikoiden määrästä.</li> </ul> </li> <li>• THL seuraa viiden vuoden välein terveydenhuollon ammattilaisten perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen sisältöä imetyksen osalta.</li> <li>• THL julkaisee imetystä koskevat tilastot kotisivuillaan kansallisina ja sairaanhoidopiirikohtaisina tietoina. Lisäksi se julkaisee joidenkin muiden maiden lukuja vertailun mahdollistamiseksi.</li> <li>• THL toimii kansainvälisen seurannan yhtenäistämiseksi.</li> </ul>
9 Tutkimushaasteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• THL selvittää, miten se voi vahvistaa rooliaan imetyksen tutkimuksen edistämiseksi ja koordinoimiseksi: se kokoaa mahdollisuuksien mukaan imetyksen tutkimustarpeita ja levittää niistä tietoa yliopistoille ja ammattikorkeakouluille sekä edistää vaikuttavuustutkimusten käynnistämistä.</li> <li>• Edistetään imetystä tutkivien kansallista ja kansainvälistä verkostoitumista.</li> <li>• Käynnistetään kansallista kasvukäyriin liittyvää tutkimusta sekä huomioidaan ravinnon laatu imeväisten ollessa tutkimuksen kohteena.</li> </ul>

## Liite 1A. Esimerkki imetysohjauksesta synnytys-sairaalassa

(Lähde: Kolanen, H. ja Koskinen, K. Imetysohjaus synnytyssairaalassa, HYKS Naisten- ja lasten tautien tulosityksikkö, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Helsinki 2009. [www.hus.fi/vauvamyonteisyys](http://www.hus.fi/vauvamyonteisyys))

### IMETYSOHJAUS SYNNYTYSSAIRAALASSA

#### Ohjaus raskausaikana

##### Äitiyspoliklinikka

Äidit, joilla vähintään kaksi käyntiä rutiiniultraäänien lisäksi:

- Kartoita taustatiedot imetykseen vaikuttavien riskitekijöiden tunnistamiseksi.
- Laadi imetyssuunnitelma riskiryhmään kuuluvalla (esim. kaksosäidit, insuliinidiabeetikot, äidit joilla krooninen sairaus/jatkuva lääkitys, äidit, joilla kohonnut riski ennenaikaiseen synnytykseen).

##### Antenataaliosasto

Äidit, joiden hoitoaika yli 24 h:

- Kartoita taustatiedot imetykseen vaikuttavien riskitekijöiden tunnistamiseksi.
- Laadi imetyssuunnitelma riskiryhmään kuuluvalla (esim. pitkä lapsivedenmeno, kaksosäidit, insuliinidiabeetikot, äidit, joilla krooninen sairaus/jatkuva lääkitys, uhkaava ennenaikainen synnytys, vauvalla muuten kohonnut riski joutua lastenosastolle synnyttyään).

##### Perheiden tutustumiskäynnillä synnytyssairaalaan

- Synnytyssalissa kerrotaan ihokontaktista ja ensi-imetyksestä normaalina osana synnytyksen hoitoa.
- Lapsivuodeosastolla esitellään ja perustellaan imetyksen kannalta keskeiset hoitokäytännöt eli ympärivuorokautinen vierihoito, lapsentahtinen täysimeytys, ihokontakti sekä ensipäivien tutittomuus.

#### Ohjaus synnytyksen jälkeen

##### Synnytysosasto

- Kartoita taustatiedot imetykseen vaikuttavien riskitekijöiden tunnistamiseksi. Tarkista, onko riskiryhmään kuuluvalla äidille laadittu imetyssuunnitelma.
- Mahdollista ihokontakti välittömästi synnytyksen jälkeen ensimmäisen syntymän jälkeisen tunnin ajan. Ohjaa vanhempia keskittymään vauvaansa, tarkkailemaan vauvan vointia ja raporttoimaan vauvan voinnissa tapahtuvista muutoksista herkästi.
- Jos äiti ei voi pitää vauvaa ihokontaktissa, mahdollista isän (tai muun läheisen) ja vauvan ihokontakti. Ohjaa häntä keskittymään vauvaan, tarkkailemaan

vauvan vointia ja raportoimaan vauvan voinnissa tapahtuvista muutoksista herkästi. Heti äidin voinnin salliessa annetaan vauvalle mahdollisuus imeä rinnalla.

- Ohjaa vanhempia tunnistamaan koska vauva on valmis imemään, mutta anna vauvan itse tarttua rintaan.
- Älä koskaan pakota vauvaa rinnalle.
- Ohjaa äiti ja vauva hyvään asentoon ja käy vanhempien kanssa läpi hyvä imuote, tehokas imeminen ja ternimaidon merkitys vastasyntyneelle.
- Jos vauva joutuu erityistarkkailuun heti syntymän jälkeen, ohjaa äidille käsinlypsy ja riittävä lypsytiheys.

#### Lapsivuodeosasto

- Kartoita taustatiedot imetykseen vaikuttavien riskitekijöiden tunnistamiseksi ja suunnittele imetysohjaus hoitojaksolle yhdessä perheen kanssa.
- Äidin ja vauvan tulee saada olla yhdessä rajoituksetta, jolloin vauvalla on vapaa pääsy rinnalle ympäri vuorokauden.
- Jos äiti ja vauva ovat erossa toisistaan tai jos vauva ei ime rintaa, kannusta ja ohjaa äitiä lypsämisessä ja varmista että äiti tietää riittävän lypsytihedyn.
- Ohjaa äitiä pitämään vauvaa ihokontaktissa myös lapsivuodeosastolla, erityisesti jos imetyksessä on ongelmia, vauvalla on matala lämpö tai sokeriseuranta.
- Jos äiti ei voi pitää vauvaa ihokontaktissa, mahdollista isän (tai muun läheisen) ja vauvan ihokontakti. Erityisesti ensi-ihokontaktissa ohjaa häntä keskittymään vauvaan, tarkkailemaan vauvan vointia ja raportoimaan vauvan voinnissa tapahtuvista muutoksista herkästi. Heti äidin voinnin salliessa annetaan vauvalle mahdollisuus imeä rinnalla.
- Suorita imetystarkkailu vähintään kerran vuorokaudessa ja ongelmatilanteissa useammin.
- Jos vauva tarvitsee lisämaitoa lääketieteellisestä syystä, on hänelle sitä annettava.
- Välitä neuvolaan riittävästi tietoa imetyksen käynnistymisestä ja vanhempien kanssa tehdystä jatkosuunnitelmista.

#### Ohjaa äidille/vanhemmille:

- vauvan nälkäviestien tunnistaminen
- äidin ja vauvan miellyttävä imetysasento ja miten vauva tarttuu rintaan
- riittävä imetystiheys ja tehokkaan imemisen tunnistaminen
- riittävän maidonsaannin merkit
- unisen vauvan herättelykeinoja
- tutittomuus, kunnes vauva on oppinut rinnan oikean imemistekniikan ja äidin maitomäärä on vakiintunut
- käsinlypsy

- yhteyden ottaminen neuvolaan jo sairaala-aikana ensimmäisen kotiutuksen jälkeisen punnituksen ajankohdan sopimiseksi. Äidin luvalla yhteyden neuvolaan voi ottaa myös sairaalan henkilökunta.
- lisämaidon turvallinen vähentäminen, jos lapsi on saanut lisämaidon synnytyssairaalassa.

Lisäksi kaikilla osastoilla

- Osaston tiloissa ei rikota äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodia.
- Osaston ilmoitustaululta löytyy tietoa sairaalan Vauvamyönteisyysohjelmasta ja alueen imetystukiryhmistä.

**Kaikissa vaiheissa tärkeää on imetyksen suhteen kannustava ilmapiiri, jossa ammattilaiset luottavat raskaana olevaan naiseen tai synnyttäneeseen äitiin ja hänen vauvaansa.**



## Liite 1B. Esimerkki lisämaidon antamisen perusteista vastasyntyneille synnyttäneiden osastolla

(Lähde: Vauvamyönteisyysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadun kehittämiseen, HYKS Naistentautien ja synnytysten toimiala, Naistenklinikka; Kätilöopiston sairaala ja Jorvin sairaala, Helsinki 2007.)

Aina lisämaidon tarvetta arvioitaessa on ensin havainnoitava imetystä. Tarkista imetysten tiheys ja kesto, vauvan asento rinnalla, imuote, imemisen tehokkuus ja nielemisäännet. Tärkeää tietoa saat myös siitä, miten äiti itse kokee imetyksen.

### 0–2 vuorokauden iässä lisämaitoa yleensä tarvitsevat seuraavat lapset:

- Verensokeri  $< 2,6$  mmol / l
- Syntymäpaino alle 3 000g tai alipainoinen lapsi, paino  $< -2SD$
- Syntymäpaino yli 4 500g tai ylipainoinen lapsi, paino  $> +2SD$
- Ennenaikaisesti syntynyt lapsi, raskausviikko  $< 37$
- Kaksoslapset, jos lasten painoero on yli 500 g
- (Gestaatio)diabeetikkoäidin lapsi
- Asfyktiset lapset (1 min Apgar alle 6 ja/tai napa-pH alle 7,1)
- Äidin betasalpaajalääkitys isoilla annoksilla
- Dysmatura lapsi (kuiva, laiha, ihon kimmoisuus alentunut). Eritysten määrä.
- Ns. kuivumalämpöä lapsella. Muista infektion mahdollisuus!
- Näлкäinen lapsi imetetään ensin. Tarvittaessa annetaan lisämaitoa.
- Jos lapsen ensimmäinen P-gluk on 2,6–3,0, lasta imetetään tiheämmin: 2–3 tunnin välein ja tarkastetaan P-gluk noin 4 tunnin kuluttua. Jos se on alle  $< 2,6$  mmol / l, lapselle annetaan lisämaitoa 10 ml / kg. Ensimmäisenä elinpäivänä hypoglykeemisen lapsen maidon määrä on ainakin 60 ml / kg / vrk ja-ettuna 8 aterialle. Lastenlääkäri suunnittelee myöhemmän maitomäärät. Ensisijaisesti annetaan oman äidin lypsettyä maitoa. Tilapäisenä lisämaitona annetaan pastöroitua, luovutettua rintamaitoa (jos äiti sallii) ja/tai hydrolysoitua äidinmaidon korviketta. Jos lapsi tarvitsee lisämaitoa kotona, se voi olla tavallista äidinmaidon korviketta.

**3 vuorokauden iässä:** Tarkasta painonlasku ja vauvan asento rinnalla, imuote, imemisen tehokkuus ja nielemisäännet sekä virtsan ja ulosteiden määrä ja väri, erityisesti jos on seuraavia poikkeavia löydöksiä:

- Paino on laskenut  $> 10$  %.
- Bilirubiini on valohoitoreajoilla.
- Vauvalla on lämmönnousua.
- Ota huomioon infektion mahdollisuus.

Informoi lastenlääkäriä havainnoistasi ja huomioi, että tällaisissa tapauksissa imetyksen lisäksi vauva tarvitsee lisämaitoa.

## Liite 2. Neuvolan seitsemän askelta: imetyksen edistäminen avoterveydenhuollossa

(Lähde: Kuusisto, R. ja Otronen, K. Neuvolan seitsemän askelta: Imetyksen edistäminen avoterveydenhuollossa. Luonnos. Helsinki 2009.)

### 1. Askel: Kirjallinen imetyksen toimintasuunnitelma

- Toimintasuunnitelma sisältää kaikki 7 askelta.
- Toimintasuunnitelma sisältää kansainvälisen WHO:n äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodin ja lainsäädännölliset ohjeet, jotka kieltävät äidinmaidonkorvikkeiden, tuttien ja pullojen mainonnan, esilläpidon ja myynninedistämisen terveydenhuoltohenkilöstön toimesta. Pulloruokinnan ohjausta annetaan yksilöllisesti sitä tarvitseville.
- Toimintasuunnitelman sisällöstä kerrotaan odottaville äideille ja perheille. Heillä on mahdollisuus saada se myös kirjallisena.
- Toimintasuunnitelma päivitetään säännöllisesti. Pitkän aikavälin tavoitteet voidaan jakaa välitavoitteisiin.

### 2. Askel: Henkilökunnan koulutus ja asiantuntemuksen ylläpito

- Jokainen uusi työntekijä, joka osallistuu odottavien tai imettävien äitien tai vauvojen hoitamiseen, perehdytetään imetyksen toimintasuunnitelman sisältöön ensimmäisten työviikkojen aikana. Imetysohjaajakoulutus tulee tarvittaessa järjestää viimeistään vuoden sisällä työn aloittamisesta. Koulutuksen sisältö ja laajuus määritetään toimenkuvan vaatimalla tasolla.
- Imettävien äitien ja imeväisten hoitoon osallistuvien työntekijöiden (ml. lääkärin), tulee hallita imetysohjauksen ja -hoidon keskeiset asiat.
- Imetyksestä järjestetään säännöllisesti täydennyskoulutusta.
- Kaikkia imetystä koskevia henkilöstökoulutuksia varten on laadittu kirjallinen suunnitelma ja koulutuksiin osallistumisia seurataan kirjallisesti.

### 3. Askel: Odottavien perheiden imetysohjaus

- Kaikille odottaville äideille (ennen 32. rv) annetaan riittävästi ohjausta yksilövastaanotolla ja perhevalmennuksessa imetyksen terveyseduista ja siitä, mikä merkitys on
  - synnytyksen jälkeisellä ihokontaktilla
  - imemisotteella ja -asennolla
  - vierihoidolla
  - lapsen viestienmukaisella imetyksellä
  - tarpeettoman lisämaidon välttämällä
  - tuttien ja pullojen välttämällä etenkin imetyksen alkuvaiheessa.

- Odottaville äideille jaettavan kirjallisen materiaalin ja muun ohjauksen tulee olla suositusten mukaista. Se ei saa sisältää korvikkeiden, huvituttien tai tuttipullojen käyttöä edistävää viestintää.
- Raskausajan perhevalmennuksessa ja yksilöohjauksessa pyritään tunnistamaan erityistä tukea tarvitsevat perheet ja heille tarjotaan tehostettua imetysohjausta. Imetysohjauksen kehittämiskohteena voi olla erityisryhmiä, esimerkiksi teiniäidit, tupakoivat äidit tai perheet, joissa edellisessä imetyksessä on ollut vaikeuksia.
- Perheen ja työntekijän välisessä keskustelussa varmistetaan, että perhe on ymmärtänyt imetystiedon sisällön ja saanut vastauksia heitä askarruttaviin kysymyksiin.

#### 4. Askel: Imetyksen tukeminen ja maidonerityksen ylläpito

- Sairaalasta kotiutumisen jälkeen jokaisen perheen kanssa tehdään ensimmäisen kotikäynnin tai neuvolakäynnin yhteydessä syötön arviointi imetystilannetta seuraamalla. Sen tulee sisältää:
  - vauvan merkit maidon riittävydestä: virtsan ja ulosteen määrä ja laatu, vauvan painonnousu, tyytyväisyys ja yleistila.
  - äidin fyysiset tuntemukset, jotka kertovat toimivasta imetyksestä: Rinnat ja nännit tuntuvat terveiltä. Ei tunnu aristuksen, pakkautumisen tai tulehduksen merkkejä.
  - äidin mieliala ja vuorovaikutus vauvan kanssa.
- Perheen ja työntekijän välisessä keskustelussa varmistetaan, että
  - vanhemmat ymmärtävät hyvän imemisotteen ja -asennon merkityksen ja äiti kokee osaavansa auttaa vauvan rinnalle.
  - äiti tietää, milloin maitoa tulee riittävästi ja mitä hän voi tehdä, jos hänestä tuntuu, että vauva ei saa rinnasta tarpeeksi maitoa.
  - vanhemmat ymmärtävät, mitä merkitsee lapsentahtinen imetys ja miten vauvan imemistarve tunnustetaan.
  - vanhemmat tietävät, miten perheen nukkumisjärjestelyt voidaan toteuttaa niin, että vauvan yösyötöt rasittavat perhettä mahdollisimman vähän.
  - vanhemmat ymmärtävät huvituttien ja pullotuttien käytön mahdolliset haitalliset vaikutukset imetykseen etenkin imetyksen alkuvaiheessa.
- Imetysohjauksessa pyritään tunnistamaan erityistä tukea tarvitsevat perheet ja heidän ohjaukseensa panostetaan. Tukikeinoja ovat esimerkiksi ylimääräiset käynnit neuvolassa, vertais- tai puhelintuki, ryhmätapaamiset ja imetysohjaajan kotikäynnit perheen luona.
- Kaikkien imettävien äitien tulee saada ohjausta rinnan lypsämiseen käsin. Jokaiselle äidille on annettava ohjausta rinnan pakkautumisen, maitotiehyttökoksen ja rintatulehduksen ehkäisystä ja hoidosta.
- Äidit saavat tietoa maidonerityksen ylläpitämisestä myös sellaisten tilanteiden varalle, jolloin imetykseen tulee katkoja esimerkiksi sairauden tai työn vuoksi.

## 5. Askel: Täysimetyksen tukeminen ja kiinteän ravinnon aloittaminen imetyksen suojassa

- Imettäviä äitejä rohkaistaan täysimettämään. Tavoitteena on pääsääntöisesti kuuden kuukauden täysimetus, jos lapsi on terve ja syntynyt normaalipainoisena ja kasvaa hyvin. Erot täysimetetyn ja pulloruokitun lapsen kasvussa tulee tiedostaa, jotta vältetään turhaa huolta tai mm. ennenaikainen lisäruoan antaminen imetetylle lapselle.
- Kaikille imettäville äideille/perheille kerrotaan täysimetyksen eduista ja kiinteän ruoan suositeltavasta aloitustiestä.
- Äitejä ja vauvoja hoitavien työntekijöiden tulee osata arvioida vauvoja yksilöllisesti ja ohjata kiinteän ruoan aloittamiseen silloin, kun se vauvan kehityksen ja motoristen taitojen kannalta on ajankohtaista
- Kaikkien työntekijöiden tulee tietää pitkän imetyksen edut lapselle ja äidille. On myös osattava perustella, miksi imetystä on tärkeä jatkaa kiinteiden ruokien aloittamisen jälkeenkin. Imetyksen jatkumisen turvaamiseksi lisäruokana aloitetaan ensisijaisesti soseet.

## 6. Askel: Imetysmyönteisen ilmapiirin luominen

- Äitejä rohkaistaan myös kodin ulkopuolella tapahtuvaan imetykseen, sillä muuten imetyskausi jää usein lyhyeksi. Terveyskeskukset ja neuvolat voivat aktiivisesti rohkaista perheitä imettämään kodin ulkopuolella.
- Terveystenhuollon asiakastilojen imetysmyönteisyydestä kerrotaan työntekijöille koulutuksessa ja perheille mm. asiasta kertovilla kylteillä.
- Terveystenhuollon tiloissa ei pidetä esillä tai jaeta materiaalia, jossa on teollisten vauvanruokien tai -juomien käyttöä edistävää viestintää.
- Avoterveydenhoidon työntekijät voivat rohkaista paikkakunnan yrityksiä ja muita toimijoita imetysmyönteisyyteen omissa asiakastiloissaan. Näin perheet voivat saada myös neuvolasta tietoa imetysmyönteisistä tiloista.
- Perhevalmennuksen ja neuvolakäyntien yhteydessä keskustellaan imetystä helpottavista vaatetusvalinnoista.

## 7. Askel: Imetystuen varmistaminen

- Paikallisesti on sovittava, miten imetyksen hoitoketju luodaan ja miten roolit, tehtävät ja vastuunjako määritellään. Sovituista imetystukimuodoista, tehtävistä ja vastuutahoista tehdään kirjallinen selvitys perusteluineen.
- Kaikki perheet saavat tietoa erilaisista tarjolla olevista ammatillisista ja vertaistukeen perustuvista imetyksen tukimuodoista.
- Kaikille perheille kerrotaan imetysohjausta ja -apua antava taho, johon voi ottaa yhteyttä tarvittaessa myös virka-ajan ulkopuolella.
- Paikkakunnalla tulisi olla saatavilla toisiaan täydentäviä tukimuotoja kuten: sairaalan imetyspoliklinikka, neuvolan puhelinpäivystys, imetyskonsultti, vertaistukihenkilö, imetyspuhelin ja vertaistukea antavat imetystukiryhmät.

## Liite 3. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin imetyspoliklinikan toimintatapa ja asiakkaan hoitopolku

Pirjo Piirainen, 20.7.2009

### TIETOA SAIRAANHOITOPIIRISTÄMME

Väestöpohja sairaanhoitopiirimme alueella on 170 000. Sairaalassamme syntyy vuosittain yli 1 500 lasta. Asiakkaamme tulevat Pohjois-Karjalan ja osittain Pohjois-Savon alueelta pisimmillään n. 150 km:n etäisyydeltä sairaalastamme. Keskimääräinen hoitoaika ensisynnyttäjillä on 3 vrk ja uudelleensynnyttäjillä alle 3 vrk. Lyhytjälkihoitoisia synnyttäjiä on satunnaisesti. Tulevaisuudessa LYSY-synnyttäjien osuus saattaa lisääntyä.

### YHTEISTYÖ KOLMANNEN SEKTORIN KANSSA

Alueellamme toimii Liekku ry, joka tarjoaa vertaistukea odottaville ja synnyttäneille äideille. Yksi heidän ryhmistään on imetystukiryhmä ”Maitomammat”. Sairaalamme kättilöitä on ollut mukana käynnistämässä ja vetämässä tämän ryhmän toimintaa. Tätä kautta ymmärsimme, että synnytyssairaalan ja neuvolan tarjoama imetysohjaus ei riitä. Osalla ammattilaisista ei ole riittävän ajanmukaista tietoa/asennetta imetysohjaukseen tai heidän resurssinsa eivät ole riittäviä. Perinteisten palvelujen lisäksi tarvitaan imetykseen perehtyneiden ammattilaisten tarjoamaa ohjausta imetyshaasteiden kanssa kamppaileville äideille. Imetysongelmien ratkomista ei voi jättää kolmannen sektorin varaan, vaan heidän tehtävänsä on vertaistuen antaminen. Me ohjaamme myös omia asiakkaitamme heidän kokoontumisiinsa. Olemme käyneet pyynnöstä puhumassa vertaistuki-illoissa ja antaneet koulutusta tukiäideille.

### IMETYSPOLIKLINIKAN TOIMINTATAPA

#### *Tavoite*

Imetyspoliklinikan tavoitteena on tarjota ammatillista asiantuntevaa ja näyttöön perustuvaa ohjausta imetyksen haasteisiin. Ohjausta, tukea ja kannustusta annetaan äidin omien imetystavoitteiden mukaisesti ja yksilöllisesti.

#### *Asiakkaat*

Asiakkaaksi voivat tulla kaikki sairaanhoitopiirimme alueella asuvat imettävät äidit/perheet eri imetyksen vaiheissa. Käytännössä asiakkaina ovat olleet lähinnä muutaman viikon/kuukauden ikäisten vauvojen vanhemmat. Asiakkaana on ollut myös raskaana oleva äiti. Osa sairaalamme synnyttäjistä asuu kaukana. Nämä kauempana asuvat äidit käyvät vähemmän imetyspoliklinikalla. Tarvittaessa saa apua ja ohjausta puhelimitse.

*Puhelinohjaus/asiakaskäynti*

Asiakas voi saada ohjausta puhelimitse vastaanottopäivänä imetyspoliklinikan hoitajalta ja muuna aikana koko lapsivuodeosaston henkilökunnalta. Asiakasvastaanotto on kerran viikossa keskiviikkoisin klo 10–18. Tarvittaessa järjestetään akuuttitilanteissa vastaanotto muuna aikana imetyspolihoitajan ollessa töissä. Asiakas voi varata ajan vastaanotolle etukäteen tai samana päivänä. Yhtä asiakasta varten varataan aikaa n. 1,5 tuntia. Tiedot kirjataan potilastietojärjestelmään. Imetyspoliklinikalla käynti on joskus sovittu jo ennen sairaalasta kotiutumista. Suurimmaksi osaksi äidit hakeutuvat vastaanotolle itse, toisinaan terveydenhoitaja, terveyskeskuslääkäri, lasten osasto, lasten poliklinikka tai imetystukiryhmä suosittelee vastaanotolla käyntiä.

*Jatkohoido*

Imetyspoliklinikkakäynnillä tai puhelinohjauksessa arvioidaan jatkohoidon tarve. Toisinaan äidit tulevat uusintakäynnille sovitusti. Toisinaan sovimme, että soittamme heille jonkin ajan kuluttua. Tavoitteenamme on viestittää käynnistä ja sovitusta asioista neuvolaan kirjallisesti tai soittamalla. Tämä tavoite ei vielä aina toteudu.

*Kustannukset*

Käynti on ilmainen perheelle. Kustannukset sisältyvät kuntien maksaman synnytyspaketin hintaan.

*Vastaanottopaikka*

Imetyspoliklinikan asiakkaiden vastaanotto on lapsivuodeosastolla. Entinen lääkäreiden tutkimushuone sisustettiin vastaanottohuoneeksi. Tila toimii hoitajien työhuoneena ja neuvottelutilana muuna aikana.

## IMETYSPOLIKLINIKAN HOITAJAN TEHTÄVIÄ

Poliklinikalla toimii neljä hoitajaa. Kolme kättilöä, joilla on imetysohjaajakouluttajan koulutus ja yhdellä lisäksi IBCLC- tutkinto, sekä lastenhoitaja, jolla on imetysohjaajan koulutus. Kaikki ovat kokeneita imetysohjaajia.

Imetyspoliklinikan hoitaja tapaa kotoa tulevien asiakkaiden lisäksi lapsivuodeosastolla olevia asiakkaita, joilla on tavallista haastavampia imetysongelmia. Lisäksi hän käy pyynnöstä myös lasten teho-osastolla ohjaamassa imettäviä äitejä, joiden ohjaukseen henkilökunta kokee tarvitsevänsä apua.

Poliklinikan hoitaja ottaa vastaan myös äitejä, jotka tuovat vauvaansa kotoa käsin esim. kuulon mittaukseen (jos mittaus ei ole onnistunut sairaalassa ollessa). Mikäli hoitajalla jää aikaa, hän auttaa lapsivuodeosaston tehtävissä tarpeen mukaan (esim. sektioon tulevien äitien haastattelu ja ohjaus, tilausten tekeminen jne.).

## MAINOSTAMINEN

Äitien kotihoito-ohjeessa on tietoa imetyspoliklinikasta, samoin osastomme nettisivuilla. Neuvoloiden seinille on tehty mainokset, samoin lasten teho-osaston ja äitiyspoliklinikan seinälle. Paikallinen imetystukiryhmä mainostaa myös toimintaamme.



## RAPORTTI-sarjassa aiemmin ilmestyneet

### 2009

Leena Warsell, Tuomas Tenkanen. Yhdyshenkilöverkostosta seutujen päihdetyöhön  
Raportti 30/2009 Tilausnro RAP030\_2009

Miia Artama, Mika Gissler, Heli Malm, Mareena Paldán, Annukka Ritvanen, asiantuntijaryhmä.  
Lääke ja raskaus -pilottihankkeen tuloksia  
Raportti 28/2009 Tilausnro RAP028\_2009

Jaana Markkula, Erkka Öörni (toim.). Turvallinen elämä lapsille ja nuorille. Kansallinen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisyn ohjelma.  
Raportti 27/2009 Tilausnro RAP027\_2009

A.W. Turunen, S. Männistö, L. Suominen-Taipale, R. Räsänen, H. Reinivuori, A. Jula, P. K. Verkasalo.  
Kala ruokavaliossa. Tuloksia Kalastaja- ja terveys 2000 -tutkimuksista. Fish in diet. Results from the Fishermen study and the Health 2000 survey  
Raportti 25/2009 Tilausnro RAP025\_2009

Jarmo Kärki, Päivi Tossavainen, Riikka Väyrynen. Selvitys palvelukohtaisista asiakastiedoista. Aikuissosiaalityön, toimeentulotuen ja sosiaalisen luotuksen tehtävissä.  
Raportti 24/2009 Tilausnro RAP024\_2009

Leini Sinervo (toim.). Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämisyvaiheen loppuraportti ja paikalliset toimintamallit  
Raportti 23/2009 Tilausnro RAP023\_2009

Peppi Saikku. Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla  
Raportti 22/2009 Tilausnro RAP022\_2009

Kari Huotari. Sattumanvaraisuudesta koordinointiin. Ongelmanpelaajien tuki- ja hoitopalvelut sekä hoitopalvelujärjestelmän kehittäminen  
Raportti 21/2009 Tilausnro RAP021\_2009

Sari Pitkänen, Kari Huotari. ”Pahimmasta on päästy”. Arviointi Peli poikki -ohjelmasta ongelmapelaajien tukena  
Raportti 20/2009 Tilausnro RAP020\_2009

Matti Rimpelä, Vesa Saaristo, Kirsi Wiss, Timo Ståhl (toim.). Terveiden edistäminen kunnan perusterveydenhuollossa. Perusraportti 2008  
Raportti 19/2009

Jukka Heikkilä, Juha Laine, Tarja Salokoski. Rahapeliin haitta-arviointi  
Raportti 18/2009 Tilausnro RAP018\_2009

Tarja Pitkänen, Seija Kalso, Asko Vepsäläinen, Jarkko Rapala, Seppo I. Niemelä. Colilert-menetelmän verifointi sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 461/2000 mukaisesti koliformisten bakteerien ja Escherichia coli -bakteerin tutkimuksiin Suomessa  
Raportti 17/2009 (vain verkkoversio)